
منتدى
البدائل
العربي
للدراسات
الحق في تداول المعلومات في مصر
"قطاع الصحة والدواء نموذجًا"

الحق في تداول المعلومات في مصر

"قطاع الصحة والدواء نموذجًا"

الحق في تداول المعلومات في مصر (قطاع الصحة والدواء نموذجاً)

الباحثون:

باحث رئيسي: محمد العجاتي

باحث في مجال الصحة: إلهامي الميرغني

باحث قانوني: كريم سرحان

باحث مساعد: خلود خالد

مراجعة: أيمن عبد المعطي

منتدى البدائل العربي للدراسات(A.F.A)

العنوان: شقة ٤ . الطابق الرابع . ٥ شارع المساحة . الدقي . القاهرة (ج.م.ع)

Website: **www.afaegypt.org**
Mail: **info@afaegypt.org**
Telefax: **+202-37629937**
Twitter: **AFAlternatives**
Facebook : **https://www.facebook.com/AFAlternatives**

AFA
منتدى البدائل العربي للدراسات
Arab Forum for Alternatives

رقم الإيداع : ١٨٦١٨ / ٢٠١٢

نشر وتوزيع



+2 01222235071

rwafead@gmail.com

www.rwafead.com

الحق في تداول المعلومات في مصر

"قطاع الصحة والدواء نموذجًا"



قائمة محتويات

مقدمة

إن حق الإنسان في المعرفة هو أحد الحقوق التي نص عليها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام ١٩٤٨ (المادة ١٩) ونص عليه العهد الدولي للحقوق السياسية والمدنية الصادر في عام ١٩٦٦.

تعتبر المادة ١٩ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الأساس القانوني الأول لحرية تداول المعلومات، حيث تضمنت الحماية المكفولة لحرية الرأي والتعبير المنصوص عليها في هذه المادة الحق في حرية تداول المعلومات، وذلك في ثلاثة نطاقات رئيسية. النطاق الأول لممارسة هذا الحق هو الحق في التماس المعلومات سواء أخذت هذه المعلومات صيغة الأنباء، أم أخذت صيغة الأفكار، أما النطاق الثاني فهو الحق في تلقي المعلومات، أي استلامها من الغير، والثالث هو الحق في نقل المعلومات أي نشرها أو إذاعتها. وقد جاء النص غير مقيد لممارسة هذا الحق بنطاق مكاني معين، بل أنه أكد على عدم اعتبار الحدود، كذلك لم يقصر النطاقات الثلاثة لممارسة الحق على العلاقة بين الأفراد والجهات الحكومية بل جاء عاما بحيث يشمل حق الأفراد في استقاء المعلومات والمعرفة سواء كانت لدى جهات حكومية، أو غير حكومية، أو أفراد. أهم ما يميز نص المادة ١٩ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، في معرض حماية تداول المعلومات، أنه لم يقيد ممارسة هذا الحق بأية قيود، وهو ما تجاوزته المواثيق الدولية التي تلته على النحو القادم.[١]

وهـذا الحـق تم بلورتـه في إعـلان المبـادئ الصـادر عـن القمـة العالمية لمجتمـع المعلومـات "بنـاء مجتمـع المعلومـات: تحـد عـالمي في الألفيـة الجديـدة" عـام ٢٠٠٣. كمـا أن ترسـيخ حـق المـواطن في الحصول غير المقيـد على المعلومـات هـو اللبنـة الأساسـية لإرسـاء قواعـد الحكـم الرشـيد الـتي تشـمل ١) الشـفافية الـتي تـؤدي إلى تعزيز الثقة. ٢) المساءلة التي تؤدي إلى ضبط الأداء الحكومي. ٣) المشـاركة الـتي تـؤدي إلى تقويـة الشـعور بالانتمـاء للـوطن. ٤) والاستجابة التي تشعر المواطن بأنه في بؤرة الاهتمام.[٢]

إن سياسـات وبـرامج تحقيـق العدالـة الاجتماعيـة ومكافحـة الفساد واحترام حقوق الإنسان – وهـي من أهداف ثورة ٢٥ ينـاير– لا يمكن وضعها موضع التنفيذ ولا يمكن تلقـي مردودها ولا يمكن أن يتم مساءلة المسئولين عن تنفيذها دون توافر مناخ عام يعتبر إتاحـة المعلومـات هـي الأصـل وحجبهـا هـو الاسـتثناء، وينظـر إلى المعلومات باعتبارها "سلعة عامة" من حق المواطن الحصول عليها في أقصر مدة زمنية وبأقل تكلفة مالية وبأعلى مستوى من الدقة والمهنية. [٣]

وتعــد أحــد القطاعــات الأساســية في تحقيــق العدالــة الاجتماعية قطاع الصحة و الدواء، إذ يجب التعامل معه باعتباره حـق ولـيس سـلعة يحصـل عليهـا الأغنيـاء ولا يتمتـع بـه مـن لا يملـك، وترفـع بـرامج الأحـزاب المختلفـة في مصـر شـعار الحـق في الصحة للجميع، ولكن كـي يتحقـق ذلـك يجب أن يتمتـع هـذا القطـاع بقـدر مـن الشـفافية، يمكـن مـن يـدرس ومـن يخطـط أن

يضعوا السياسات الصحية الملائمة لتوفير هذا الحق للمواطنين. حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه ويوجد حول المفهوم العديد من نقاط الجدال أهمها الفئات التي تصل إليها الخدمة الصحية وما إذا كان يخضع إلى معايير وطنية أو معايير عالمية تبعا لاختلاف ظروف الدول الاقتصادية والتنموية.[٤]

وتتبنى هذه الدراسة تعريف منظمة الشفافية الدولية لمفهوم الشفافية باعتباره يسلط الضوء على القواعد والعمليات والخطط والإجراءات، من خلال معرفة لماذا، كيف، ماذا، وإلى أي مدى؟ أي أنها الإلمام بكل جوانب قرار أو عملية ما. تضمن الشفافية أن المسئولين الحكوميين وموظفي الخدمة المدنية، ومديري وأعضاء مجلس الإدارة ورجال الأعمال تعمل بشكل واضح ومفهوم، وتقدم تقارير عن أنشطتها. وهذا يعني أنه يمكن لعامة الناس أن تحاسب تلك الجهات. وهي أضمن طريقة للوقاية من الفساد، وتساعد على تعزيز الثقة في الأفراد والمؤسسات التي يعتمد عليها مستقبلنا.[(٥)]

وترتبط الشفافية ارتباطا وثيقا بالحق في الحصول على المعلومات، فالحصول على المعلومات وتوافرها يعتبر النافذة التي من خلالها يمكن للمواطن الحكم ما إذا كان هناك شفافية في دولة ما أو في قطاع من قطاعات تلك الدولة كما يساعد الحصول على المعلومات في كشف الممارسات الفاسدة في الدولة.[(٦)]

الحق في المعلومات والحق في الصحة:

تقوم هذه الدراسة بالربط بين حقين أساسيين هما الحق في المعلومة والحق في الصحة. بهدف الاطلاع على مستوى الشفافية وإتاحة المعلومات المتعلقة بقطاع الصحة والدواء، ومعرفة الجوانب التشريعية والمؤسساتية والسياساتية المساندة أو المعيقة وتطبيقاتها وتأثيرها في الحق في الصحة و الدواء.

ومفهوم الحق سواء في المعلومة أو الصحة يقوم على أربعة محددات أساسية:

الأول، الإتاحة:

ويعني أن تقوم الجهات المسئولة بتوفيره. وفي مجال الحق في المعلومة يعني وجود المعلومة سواء كانت المعلومة في صيغتها الأولى وفي تلك الحالة يطلق عليها الحقائق أو بعد إدخال تلك المعلومة في عملية فكرية للخروج منها باستنتاجات أو حلول. وعليه عدم توافر المعلومة ينتقص من "حق" المواطن في الحصول على المعلومة حتى وإن اكتملت باقي الأركان.

يجب أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. يشمل ذلك المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة والمرافق الكافية، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محليا، والأدوية الأساسية

وفقا لتعريفها في برنامج العمل المعني بالأدوية الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية.

الثاني، الجودة:

لا يكتفي بأن يتاح الحق بل يجب كذلك ان يطابق معايير للجودة أي أن توفير الحق دون الالتزام بالمستوى الكافي من الكفاءة والمهنية يفقد هذه الإتاحة قيمتها. وفيما يخص الحق في المعلومات ينعكس هذا المبدأ في:

- **الدقة**

المعيار الأساسي الذي يجب توافره فيما يتعلق بجودة المعلومة، فالمعلومة غير الدقيقة تؤدي إلى سلسلة من الأخطاء في حالة استخدام تلك المعلومة كمصدر أولي للقيام ببحث ما أو دراسة.. كما انه في حالة المواطن العادي تؤدي إلى تدليس الحقائق وانتشار الأفكار والمعلومات المغلوطة. وهو ما ينعكس بالضرورة على تفاعل المواطن مع أجهزة الدولة.

- **الفترة الزمنية التي أصدرت فيها المعلومة [٧]**

يؤثر الوقت الذي تتاح فيه المعلومة للمواطن على أهمية المعلومة وقيمتها، بل أنها في بعض الأحيان عندما تتأخر المعلومة في أن تصبح متاحة للمواطن يمكن أن تضر بالصالح العام. ويتضح ذلك في بعض الأمثلة فيما يتعلق بالأدوية وما إذا كان لها آثار جانبية على صحة المواطن.

أما فيما يخص الحق في الصحة فهناك ضرورة أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافيا، ينبغي أن تكون مناسبة

علميا وطبيا وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات معتمدة علميا ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحا مناسبا.

الثالث، الولوج (الوصول لها):

يمكن ان يتاح الحق بجودة عالية إلا ان المواطنون بشكل عام لا يتمكنون من الوصول له سواء لارتفاع التكلفة أو للبعد الجغرافي على سبيل المثال وعليه يجب ان يكون هناك قدرة للمواطنون في الاستفادة من هذا الحق وأن لا تكون هناك عوائق تمنع وصولهم إليه. ففي مجال "الحق في المعلومات" سيكون الحق في الحصول على المعلومة مجردا من جميع فعاليته إذا لم يستطع الناس الوصول إلى المعلومات.(٨) فلا معنى إذا توافرت المعلومة "وجودها" في حين أنه يصعب على المواطن الحصول عليها سواء بسبب الإجراءات الروتينية أو أنها ذات تكلفة عالية أو تتطلب تصريحات معينة من جهة ما ويصعب الحصول عليها.

وهو ما ينطبق كذلك على الحق في الصحة فينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، داخل نطاق الدولة. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

- عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفا أو تهميشا بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز.

- إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة والمهمشة، مثل الأقليات، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).
- الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعيا، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا تتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.
- إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية، مثل توفير معلومات كافية عن فيروسات الكبد أو الأنفلونزا أو الآثار الجانبية للتطعيم.

رابعا، الرضا:

تنعكس الثلاث أركان السابقة على مستوى رضا المواطن عن خدمة "حصوله على حقه بشكل مرضي" وبذلك يترسخ مفهوم الحق. ففي حالة توفر المعلومة أو وجودها بجوده عاليه مع سهولة حصول المواطن عليها تؤدي إلى أن يرضى المواطن عن الخدمة. أما

في قطاع الصحة فيتمثل ذلك في أن تكون جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة تراعي الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافيا، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلا عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

إشكاليات الحصول على المعلومات في مصر:

تعدد المشكلات التي تواجها فيما يتعلق بحرية تداول المعلومات من خلال عدد من المستويات يمكن تحديد مصادرها على أربعة مستويات، المستوى التشريعي والهيكلي والممارسة والأداء والثقافي.(٩)

المستوى التشريعي:

في الدساتير المصرية السابقة تنظيم معايير وضوابط إتاحة المعلومات وحرية تداولها تندرج تحت النوع الثالث من أنواع سلطة المشرع التي يمنحها له الدستور والتي تعطى للمشرع حق التنظيم التشريعي دون قيود دستورية صريحة وتتسع فيها سلطة المشرع التقديرية اتساعا يتحرر فيه من القيود الدستورية، فضلا عن عدم وجود تشريع خاص بتداول المعلومات، فقد امتلكت التشريعات الأخرى ذات الارتباط بحرية المعلومات قوة أكبر في بناء أدنى سقف للتمتع بذلك الحق للحد الذي ينتهكه انتهاكا جسيما؛ فبالنظر إلى المواد المعنية بحرية الرأي والتعبير وحرية الصحافة –على سبيل المثال- في الدساتير الثلاثة، نجد أنها

تنتهي بعبارة "في حدود القانون"، بمعني أن تكون ممارسة هذه الحريات في حدود القوانين والتشريعات الأدنى في المرتبة التشريعية من الدستور.[١٠]

وتعوق هذه الوضعية مبدأ الاتاحة للمعلومات، إذ تستخدم معظم القوانين المنظمة المواد غير المعرفة بشكل دقيق (مطاطة) مما يسمح بممارسات منع نشر المعلومات بل ومقاضاة القائمين عليها وعلى نشرها وتحد من حرية حصول المواطن على المعلومة بحجة أنها تضر بالأمن القومي بالبلاد في حين ان تلك المعلومات قد تكون متاحة في دول أفقر من مصر. كما تتناول أغلب تلك التشريعات الشق الاقتصادي من حرية تداول المعلومات منها ولا تتطرق بشكل كاف إلى الشقوق آخر في حرية تداول المعلومات. وهو ما سنتعرض له بشكل من التفصيل في الفصل الأول من الدراسة.

على مستوى الهياكل:[١١]

الإجراءات الروتينية للحصول على المعلومة وهو ما يتعارض مع أحد أركان مفهوم الحق "الولوج" التي تتطرق إلى سهولة الحصول على المعلومة بدون العقبات غير التشريعية. إذ تغيب الحيادية والاستقلالية عن معظم هذه الهياكل نتيجة لطغيان السلطة التنفيذية على باقي السلطات، هذا فضلا عن المركزية الشديدة التي يتسم بها الجهاز الإداري في مصر. وقد أجمع الباحثون في مصر على صعوبة الحصول على المعلومات بسبب عدد من الممارسات أهمها الحصول على التصريحات اللازمة للدخول على المعلومة، حتى أنه يمنع الطلاب من الاطلاع على

معلومات في دار الوثائق القومية رغم أن تلك الوثائق عمرها مئات السنين. وحتى في حالة الوثائق المسموح الاطلاع عليها، يمنع الطلاب من استخدام تلك الوثائق في الأبحاث أو الدراسات.

على مستوى الممارسة والأداء:

من المهم أن تكون المعلومة متاحة ولكن من المهم أيضا أن تكون بالجودة المطلوبة فجودة المعلومة هي منبع قيمتها. وفي مصر غالبا ما تكون المعلومة سطحية أو منقوصة وغير كاملة وتتضارب مع معلومات أخرى صدرت من أجهزة أخرى في الدولة، بل أنها في بعض الأحيان تتضارب مع المعلومات التي تصدر من نفس الجهة الحكومية. يمكننا أن نرجع ذلك إلى الرغبة في التعتيم والحفاظ على "سرية" المعلومة.

في ذلك الشأن نجد أن حرية تطبيق حرية تداول المعلومات في مصر يتعارض مع أحد أركان مفهوم الحق "الجودة"

على مستوى الثقافة:

يتم التعامل مع المعلومة على أن الأصل فيها "السرية" وأن "الإتاحة" هي الاستثناء وعليه فإن تلك الثقافة متأصلة في الموظف القائم على المعلومة بسبب النظام السلطوي الأبوي والمركزية الشديدة.

على الجانب الأخر يصبح المواطن العادي على غير علم بعديد من الأمور الحيوية وهو ما ينعكس بالأساس على مستوى "الرضا" عن الأداء الحكومي. فكما ذكرنا سابقا إن أجمع

الباحثون على صعوبة الحصول على المعلومة في مصر فهم غير راضيين عن الأداء الحكومي في تداول المعلومات.[١٢]

إشكاليات قطاع الصحة في مصر:

ويرتبط الحق في الصحة ارتباطا وثيقا بالتنمية المستدامة فسابقا ما كان يرى الحق في الصحة على أنه يساهم في الانتاج أما الآن فهو يعتبر جزءا لا يتجزأ من التنمية المستدامة. هو مصطلح يشير إلى "التنمية (الاقتصادية والبيئية، والاجتماعية) والتي تُلبي احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها الخاصة. والتنمية المستدامة ليست حالة ثابتة من الانسجام، وإنما هي عملية تغيير واستغلال الموارد، وتوجيه الاستثمارات، واتجاه التطور التكنولوجي، والتغييرات المؤسسية التي تتماشى مع الاحتياجات المستقبلية فضلا عن الاحتياجات الحالية".[١٣] وعليه فإن الصحة باعتبارها حق لكل مواطن تعتبر جزءا من التنمية الاجتماعية لتلبية احتياجات المواطن خاصة في دولة مثل مصر التي تنتشر بها الأمراض باعتبارها دولة نامية مما يؤثر على قدرة المواطن في الإنتاج لاحقا. فهي تتماشى من الاحتياجات الحالية ولا تتعارض مع الاحتياجات المستقبلية بل أنها تعتبر ضرورة لتلبية الاحتياجات المستقبلية.

وبناء على المبادئ الأربعة للحق نرى تعدد الهياكل المقدمة للخدمة الصحية للمواطن مع عدم وجود نظام تأميني صحي شامل يخدم كل فئات الشعب (تبلغ نسبة التغطية الان قرابة ٥٢٪

من الشعب) وفي المقابل يوجد انظمة اخرى تقوم بتغطية بعض الفئات الاخرى ومنها الخدمة الصحية المقدمة من مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات التعليمية بالإضافة إلى نظام العلاج على نفقة الدولة للأمراض "الكارثية". على الرغم من ذلك فاختلاف الهياكل الصحية المقدمة للخدمة الصحية اسفرت عن ضعف تقديم الخدمة نفسها بالإضافة إلى صرفها لغير مستحقيها في كثير من الاحيان ويتجلى ذلك في نظام العلاج على نفقة الدولة والمشكلة التي اثيرت في عام ٢٠١٠ بشأن استغلال نواب مجلس الشعب واستحواذهم على نسب كبير من الجزء المخصص لعلاج غير القادرين. يتزامن ذلك مع ضعف الشفافية وعدم اتاحة كل المعلومات المتعلقة بحق المواطن في الحصول على الخدمة الصحية سواء في الهيئات المقدمة لها أو اعلانها بشكل واضح على الرأي العام.

وعلى صعيد اخر تأتي قضية الدواء وتسعيره خاصة بعد الجدل الذي اثير عام ٢٠٠٩ بشأن قرار وزير الصحة ٣٧٣ لإعادة تسعير الدواء وما يترتب عليه من زيادة لأسعار الدواء للأمراض الأساسية وذات العبء المرضي. بالإضافة إلى قضية تصنيع الدواء وعدم شفافية عملية التسعير، والتفاوت الكبير في أسعار الدواء، وارتفاع تكلفة بعض الأدوية الأساسية بالنسبة لقاعدة عريضة من المواطنين فضلا عن تشكيك الكثير من المنتفعين بالتأمين الصحي لكفاءة الدواء المقدم لهم وعدم تغطية التأمين لجانب كبير من الادوية اللازم للعلاج.

وفي ضوء ما سبق تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحديد المفهوم المتعارف عليه دوليا ومراجعة التشريعات والسياسات المصرية ذات العلاقة وتطبيقاتها في قطاع الصحة، ودراسة مدى تطابقها أو تعارضها مع هذا الحق من خلال فحصها على أرض الواقع. ومن ثم الخروج باستنتاجات حول الفجوات والعقبات التي تواجه المواطن في الحصول على المعلومات سواء أكان مستهلكا أم صاحب مهنة في هذين المجالين. بعد ذلك يتم وضع توصيات عملية وقابلة للتطبيق لتعزيز حق الحصول على المعلومات ورفع مستوى الشفافية في إدارة هذين القطاعين. تقدم الدراسة تقييما نوعيا لواقع الحصول على المعلومات في مصر مستمدة من مصادر مختلفة، وتتنوع مصادر البيانات لتشمل التشريع والتقارير الحكومية وغير الحكومية وتقارير القطاع الخاص والتقارير الدولية والإعلامية والإخبارية، والمقابلات مع الخبراء والمختصين والنقاشات الجماعية للمجموعات المركزة. لذلك تتطلب الدراسة إجراء كل من البحث المكتبي والبحث الميداني.

وذلك من خلال:

- دراسة لأهم التشريعات المعيقة لحق تداول المعلومات في مصر مع التركيز على التشريعات الخاصة بقطاع الصحة ومدى تأثيرها على إتاحة المعلومة، وجودتها، والقدرة على الوصول إليها، والرضاء عنها. وذلك في الفصل الأول من الدراسة.

- أما الفصل الثاني فيتناول من منظور حرية تداول المعلومات هيكل القطاع الصحي في مصر، الإنفاق علي الصحة إلي الإنفاق الحكومي والناتج المحلي. تقييم السياسات الخاصة بإتاحة المعلومات في القطاع الصحي، فحص وتقييم المعلومات الصحية في مصر.
- اما الفصل الثالث فيتطرق لموضوع الدواء من نفس المنظور، عبر عرض ملخص لهيكل صناعة الدواء، وعرض ملخص لهيكل سوق الدواء في مصر.
- وسيتم في الفصل الثاني والثالث الاعتماد على دراسة ميدانية لعينة صغيرة للتأكد والاستدلال على نتائج التحليلات السابقة من خلال قياس مدى معرفة المرضى بالخدمة الصحية في مستشفيات وزارة الصحة والتأمين الصحي والعلاج علي نفقة الدولة. وقياس مدى رضا المنتفعين بمستوى الخدمات المقدمة ومدى توافر معلومات كافية لديهم.(الفئات- الأمراض- مستويات المعرفة- الرضا- الثقة).
- أما الفصل الرابع والأخير فيتناول أهم التوصيات والرؤى الواجب تطبيقها على المستوى التشريعي، وعلى مستوى الهياكل والأداء والثقافة لنتمكن من تطوير منظومة الشفافية في قطاع الصحة.

الفصل الأول

الشفافية وحق الحصول على معلومات في قطاع الصحة والدواء في مصر

(رؤية قانونية)

المعاهدات الدولية

أقر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام ١٩٤٨ بالحق في الحصول على المعلومات ونشرها. فنص في المادة ١٩ على أن:

"لكل شخص الحق في حرية الرأي والتعبير، ويشمل هذا الحق حرية اعتناق الآراء دون أي تدخل، واستقاء الأنباء والأفكار وتلقيها وإذاعتها بأية وسيلة كانت دون تقيد بالحدود الجغرافية" (١٤).

وصدقت ٣٠ دولة على اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد عام ٢٠٠٣ وتم تبنيها في عام ٢٠٠٥. وأقرت الاتفاقية الحق في الوصول للمعلومات كأحد التدابير اللازمة لمكافحة الفساد [١٥].

فنصت المادة ١٠ من الاتفاقية على أن:

"تتخذ كل دولة طرف وفقا للمبادئ الأساسية لقانونها الداخلى ومع مراعاة ضرورة مكافحة الفساد ما قد يلزم من تدابير لتعزيز الشفافية في إدارتها العمومية بما في ذلك ما يتعلق بكيفية تنظيمها واشتغالها وعمليات اتخاذ القرارات فيها عند الاقتضاء، ويجوز أن تشمل هذه التدابير ما يلى:

أ- اعتماد إجراءات أو لوائح تمكن عامة الناس من الحصول عند الاقتضاء على معلومات عن كيفية تنظيم إدارتها العمومية واشتغالها وعمليات اتخاذ القرارات فيها وعن القرارات والقوانين التي تهم عامة الناس مع إيلاء المراعاة الواجبة لصون حرمتهم وبياناتهم الشخصية "(١٦).

قوانين تداول المعلومات على مستوى دول العالم

ويحتاج تفعيل النصين المشار إليهما أعلاه الى قوانين وتشريعات تفصيلية تؤكد على واجب الدولة ومؤسساتها في نشر

وإتاحة المعلومات للمواطنين وتؤكد على حق المواطنين في الحصول على هذه المعلومات وتداولها، وتضع الآليات والضوابط التى يمكن على أساسها المواطنين من الحصول على المعلومة.

ولذلك أصدرت العديد من الدول تشريعات تنظم الحق في تداول المعلومات. ففي عام ١٩٩٠ فعلت ١٣ دولة الحق في تداول المعلومات، واليوم وصل هذا العدد الى ٩٠ دولة، فضلا عن ٥٣ دولة بدأت في كتابة مسودة التشريعات الخاصة بتداول المعلومات. ففي أوروبا الغربية أصدرت ١٧ دولة قوانين الحق في تداول المعلومات وانضمت إليها نسبة كبيرة من دول أوروبا الشرقية بعد موجات التحول الديمقراطي بتلك الدول(١٧).

وعلى مستوى الدول العربية لم تصدر أى دول بعد قوانين عن الحق في تداول المعلومات باستثناء الأردن والتى يوصف قانونها على أنه ضعيف.(١٨)

الوضع في القانون المصري

لا يوجد في مصر حتى الأن قانون خاص بتنظيم الحق في الحصول على المعلومات وتداولها.

وإنما هناك بعض القوانين التى لها إرتباط بتداول المعلومات وبها بعض القيود على هذا التداول مثل قانون الصحافة رقم ٩٦ لسنة ١٩٩٦. تحظر المادة التاسعة من قانون الصحافة فرض قيود على حرية تدفق المعلومات إلا أنها تقيد ذلك بعدم الإخلال بمقتضيات الأمن القومى والدفاع عن الوطن ومصالحه العليا. وهي مصطلحات مطاطة تحتمل الكثير من التفسيرات مما يمكن

الجهات التنفيذية من تقييد حق الصحفيين في الحصول على المعلومات[١٩].

وتقيد المادة العاشرة من ذات القانون من حق الصحفي في الحصول على إجابة فيما يتعلق بما يستفسر عنه من معلومات وإحصاءات وأخبار بألا تكون هذه المعلومات والإحصاءات والأخبار سرية بطبيعتها أو وفقا للقانون وذلك دون أن يكون هناك معايير واضحة ومحددة لمقتضيات السرية[٢٠].

كما يوجد في مصر قانون للمطبوعات رقم ٢٠ لسنة ١٩٣٦ والذى تحظر المادة السابعة منه بيع أو توزيع المطبوعات في الطريق العام أو في أى محل عمومى إلا بعد الحصول على ترخيص بذلك من وزارة الداخلية. وبموجب المادة الحادية والعشرين من هذا القانون لوزير الداخلية سلطة منع عدد معين من أي جريدة تصدر خارج مصر من الدخول والتداول بدعوى مقتضيات حفظ الأمن العام[٢١].

ويعطى قانون الطوارئ وهو قانون استثنائى صادر عام ١٩٥٨ لرئيس الجمهورية سلطة إصدار اوامر شفهية أو كتابية بمراقبة الصحف والنشرات والمطبوعات والمحررات والرسوم وكافة وسائل التعبير الأخرى، وكذلك كافة وسائل الدعاية والإعلان أيا كان نوعها وضبطها ومصادرتها وتعطيلها وإغلاق أماكن طبعها[٢٢]. وهو بلا شك ما يعنى فرض قيود على حرية تداول المعلومات.

وتشترك القيود على حرية تداول المعلومات الموضحة في القوانين المذكورة أعلاه في إرتباطها بالنظرة الأمنية التى تميز الأنظمة السلطوية التى ترى في حرية المعلومات خطرا قد يهدد

استقرارها. ونرى أن أي قيود قانونية على حرية تداول المعلومات لأسباب ترجع لمفاهيم مثل الأمن القومي، والدفاع عن الوطن ومصالحه العليا، والسرية، والنظام العام يجب أن يتبعها تعريف واضح ومحدد لهذا المفاهيم حتى لا تتخذ ذريعة لوضع قيود غير مبررة على تداول المعلومات.

بالإضافة للقوانين السابقة المرتبطة بتداول المعلومات، هناك جهاز رئيسى في مصر يتولى التعداد والإحصاء وهو الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء الذى ينظم تأسيسه وعمله القانون رقم ٣٥ لسنة ١٩٦٠[٢٣] وقرار رئيس الجمهورية رقم ٢٩١٥ لسنة ١٩٦٤[٢٤].

وقد خلت نصوص القانون والقرار المنظم لعمل الجهاز من نص صريح على حق المواطنين في الحصول على المعلومات التى يقوم الجهاز بتجميعها وإن أشارت بشكل عارض الى أن الجهاز سيقوم بنشر بيانات وإحصاءات دورية. ونعتقد أن ذلك يشير إلى أن الغرض الرئيسى من إنشاء الجهاز لم يكن تطبيقا لمبدأ الشفافية في العلاقة بين الحكومة والمواطنين بقدر ما هو توفير المعلومات والإحصاءات للحكومة وأجهزتها المختلفة.

أما فيما يخص التشريعات التى تنظم وسائل الإتصالات وهي بالتأكيد السبيل الأساسي لتداول المعلومات فقد صدر القانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٠٣ بتنظيم الإتصالات[٢٥]. ونصت المادة الثالثة منه على أن تنشئ هيئة قومية لإدارة مرفق الاتصالات تسمى الجهاز القومى للاتصالات ونصت المادة الرابعة على أهداف الجهاز وعلى رأسها ضمان وصول خدمات الاتصالات إلى جميع

مناطق الجمهورية بما فيها مناطق التوسع الاقتصادي والعمراني والمناطق الحضرية والريفية النائية.

ولا شك أن تطوير خدمات الإتصالات و نشرها على مستوى الجهورية يسهل تداول المعلومات، إلا أن قانون الإتصالات لا يعالج مسألة الحق في الحصول على المعلومات و شفافية العمل الحكومى.

وقد كان الفساد وانعدام الشفافية أحد أسباب قيام ثورة الخامس والعشرين من يناير. فقد تفجرت قبل الثورة قضايا فساد وقضايا إهدار للمال العام اشتركت في سمة انعدام الشفافية وإخفاء الحقائق والمعلومات عن الرأي العام.

فعلى سبيل المثال أثيرت قضية مجمع "مدينتي" السكني حيث قامت الحكومة بتخصيص قطعة أرض كبيرة لإحدى الشركات المملوكة لأحد رجال الأعمال النافذين في الحزب الحاكم وذلك دون اتباع أسلوب المزايدة العلنية لتخصيص هذه الأرض وتحديد سعرها وهو ما أدى لصدور حكم من محكمة القضاء الإداري بتاريخ ٢٢ يونيو ٢٠١٠ ببطلان هذا البيع لعدم قيامه على أساس المزايدة العلنية[٢٦].

ونتيجة لأن العمل في بناء الوحدات السكنية كان قد تم بالفعل ولأن العديد من هذه الوحدات قد تم بيعها لمشترين حسني النية فقد أقرت الحكومة تعاقدا جديدا بالأمر المباشر مع الشركة المالكة للمشروع بعد زيادة السعر استنادا لوجود ضرورة اقتصادية في الحفاظ على المشروع والحفاظ على حقوق مشتري الوحدات

السكينة[٢٧]. ولكن تظل المشكلة الرئيسية في هذه القضية هى غياب الشفافية وعدم العلانية في عملية بيع أرض المشروع.

وكان من الطبيعى أن يدور نقاش بعد الثورة حول إصدار قانون لإتاحة المعلومات للحد من الفساد الناتج عن غياب الشفافية.

ولذلك تقوم وزارة الإتصالات وتكنولوجيا المعلومات الأن بإعداد مشروع قانون للإفصاح وتداول المعلومات تمهيدا لتقديمه للجنة التشريعية بمجلس الشعب. وقد نشرت بنود مشروع القانون في وسائل الإعلام للنقاش حوله يوم ٩ مايو ٢٠١٢[٢٨].

ومن أبرز ما جاء في هذا المشروع:

١. إنشاء مجلس أعلى لتنظيم الإفصاح وتداول المعلومات يسمى "المجلس الأعلى للبيانات والمعلومات" يهدف للتأكيد على حق المواطن في الوصول الى البيانات والمعلومات وتحقيق الشفافية مع مراعاة المصلحة العليا للبلاد والأمن القومى. ويختص المجلس بوضع القواعد العامة لتداول البيانات والمعلومات. كما يختص بوضع التصنيف اللازم لسرية البيانات والمعلومات مع تحديد الفترة الزمنية اللازمة للحفاظ على سرية أى بيان أو معلومة.

ولا شك أن النص على إعطاء المجلس سلطة وضع قواعد تداول المعلومات والنص على مراعاة المصلحة العليا للبلاد والأمن القومى يعطى سلطة تقديرية كبيرة لهذا المجلس في إدارة عملية الشفافية وتداول المعلومات.

٢. أتاح مشروع القانون التظلم أمام المجلس الأعلى للبيانات والمعلومات حال رفض طلب إتاحة البيانات أو المعلومات.

٣. النص على عقوبة الغرامة والحبس أو بإحدى هاتين العقوبتين على الموظف المختص حالة الإمتناع دون مبرر عن تقديم المعلومات والبيانات المطلوبة.

٤. النص على ألا تتجاوز رسوم تقديم خدمة إتاحة المعلومات قيمة تكلفتها الفعلية. ولا شك أن في ذلك تحفيز للمواطنين لممارسة حقهم في الحصول على المعلومات.

وفيما يبدو أنه توجه نحو المزيد من الشفافية والإفصاح بعد ثورة الخامس والعشرين من يناير أصدرت وزارة المالية المنشور رقم ٢ لسنة ٢٠١٢ بشأن تدعيم أطر الحوار المجتمعى حول السياسة المالية والموازنة العامة للدولة. ونص المنشور على أن تتولى وحدة السياسة المالية إعداد بيان مختصر لطرحه للحوار المجتمعى متضمنا الإطار العام للسياسة المالية والإجماليات المقدرة بمشروع الموازنة الجديدة. كما نص على تفعيل مدونة لوزارة المالية على شبكة الإنترنت لتلقى المقترحات والتعليقات من المواطنين وتجميعها ودمجها في مشروع الموازنة العامة.

كما أصدرت وزارة المالية المنشور رقم ٣ لسنة ٢٠١٢ بشأن تعزيز مبدأ الإفصاح والشفافية وحق المواطنين في الإطلاع على البيانات الاقتصادية والمالية والذى ينص على إتاحة ونشر البيانات التالية على البوابة الإلكترونية لوزارة المالية اعتبارا من ١٥ أبريل ٢٠١٢:

١. الموازنات السنوية المعتمدة للهيئات والوحدات الاقتصادية.

٢. القوائم المالية للهيئات والوحدات الاقتصادية.
٣. قوانين ربط الحسابات الختامية للهيئات والوحدات الاقتصادية.

وتشمل هذه الهيئات أغلب الهيئات العامة ومنها الهيئة العامة للتأمين الصحى.

ولا شك أن المنشورين المشار إليهما اعلاه خطوة جيدة في سبيل الشفافية ودعم الحق في الحصول على المعلومات وتداولها وبداية لمشاركة مجتمعية حقيقية في صنع القرار خاصة وأن موضوع الشفافية والمشاركة هنا واحدا من أهم موضوعات الشأن العام وهو الموازنة العامة للدولة وموازنة الهيئات العامة.

الوضع في الدستور المصري

أما عن الوضع في الدستور المصري، فمصر الأن على أعتاب وضع دستور جديد للبلاد، والأرجح وفقا للمؤشرات السياسية أن يكون دستور ١٩٧١ هو القاعدة التى ستبدأ منها صياغة الدستور الجديد. فما هو وضع الحق في تداول المعلومات في دستور ١٩٧١؟

تنص المادة ٢١٠ من دستور ١٩٧١ على أن للصحفيين الحق في الحصول على الأنباء والمعلومات طبقا للأوضاع التى يحددها القانون، ولكن لا يوجد نص صريح في دستور ١٩٧١ يقر بحق كل المواطنين في الحصول على المعلومات وحرية تداولها أو بواجب الدولة في إتاحة المعلومات للمواطنين[٢٩].

هناك نصوص عامة تتحدث عن حرية الرأى (مادة ٤٧) وحرية الصحافة ووسائل الإعلام (مادة ٤٨) وإن جاءت بعض هذه النصوص

مقيدة بعبارة "وفقا للقانون"، وقد جرت عادة النظام السياسى في مصر أن يستغل هذه العبارة ويصدر قوانين مقيدة لهذه الحريات.

وقد نص أيضا دستور ١٩٧١ على أن تكفل الدولة حرية البحث العلمى وتوفير وسائل التشجيع اللازمة لذلك (مادة ٤٩). إلا أن كل هذه النصوص كما أوضحنا لا تقر بشكل واضح بحق المواطن وواجب الدولة فيما يخص حرية تداول المعلومات.

أما عن الحق في الخدمات والرعاية الصحية، فقد نص دستور ١٩٧١ على أن تكفل الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية (مادة ١٦) كما نص على أن تكفل الدولة خدمات التأمين الصحى والاجتماعى (مادة ١٧).

ولذلك وبما اننا بصدد وضع دستور جديد من المفترض أن يكرس سيادة القانون ويؤسس لنظام سياسى جديد مبنى على الشفافية والنزاهة، نقترح أن ينص الدستور الجديد على حق المواطنين في الحصول على المعلومات وواجب الدولة في إتاحة المعلومات مع وضع ضوابط استخدام هذا الحق والمعايير التى يمكن أن تحدد على أساسها الاستثناءات التى ترد على ممارسة هذا الحق حفاظا على مصالح الدولة.

قطاع الصحة

كما سبق أن أوضحنا لم يصدر في مصر بعد قانون خاص للحق في الحصول على المعلومات وتداولها سواء بشكل عام أو بشكل يخص قطاع الصحة أو قطاع الدواء. ونأمل في سرعة صدور

قانون الإفصاح وتداول المعلومات لتعزيز الشفافية في كل القطاعات ومنها الصحة والدواء.

إلا أنه ما من شك أن المنشورين الصادرين من وزارة المالية رقمى ٢ و٣ لسنة ٢٠١٢ والسابق الإشارة إليهما يفتحان الباب لمزيد من الشفافية في قطاع الصحة والدواء مع الإتاحة للمواطنين لتفاصيل عن الموازنة العامة وموازنات هيئات عامة مثل الهيئة العامية للتأمين الصحى.

يحدد القرار الجمهورى رقم ٢٤٢ لسنة ١٩٩٦ بشأن تنظيم وزارة الصحة والسكان أهداف وزارة الصحة بدءا من "الحفاظ على صحة المواطنين" عن طريق تقديم "الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية" وصولا الى "العمل لتحسين صحة الأفراد"[٣٠].

التأمين الصحي

نظام التأمين الصحى يحكمه القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ بالنسبة للعاملين بالقطاع الحكومى والإدارة المحلية والقانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ بالنسبة للعاملين بالقطاع العام والأعمال العام[٣١].

كما صدر قانون التأمين الاجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥[٣٢] المعدل بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ ويخضع له العاملون بالقطاع الخاص الخاضعون لأحكام قانون العمل بالإضافة الى العاملين بالقطاع الحكومى وقطاع الأعمال العام.

وبهذا يخرج من مظلة قانون التأمين الاجتماعى الفلاحين وربات البيوت والعمالة غير الرسمية غير الخاضعة لقانون العمل.

ووفقاُ للمادة ١ من هذا القانون يشمل نظام التأمين الاجتماعى تأمين المرض وتأمين إصابات العمل.

ووفقا للمادة ٤٧ من القانون يشمل العلاج والرعاية الطبية وفقا للقانون الخدمات الطبية التى يؤديها الممارس العام، والخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين، والرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء، والعلاج والإقامة بالمستشفى أو المصحة أو المركز المتخصص، والعمليات الجراحية والفحص بالأشعة والبحوث المعملية المخبرية، وصرف الأدوية اللازمة في هذه الحالات فضلا عن توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية.

ووفقا للمادة ٤٨ تتولى هيئة التأمين الصحى علاج المصاب ورعايته طبيا إلا أن هذا مقرون بأن يكون العلاج في حدود الدرجة التأمينية للمصاب أو المريض فإذا تطلب علاجه درجة تأمينية أعلى عليه أن يتحمل فروق التكاليف أو يتحملها صاحب العمل إذا وجد اتفاق بذلك.

وقد قدم مشروع قانون جديد للتأمين الصحى في عهد النظام السابق أثار مخاوف عديدة من وضع قيود على إتاحة الحق في التأمين الصحى لقطاعات من المواطنين. وقد تعرض لهذه المخاوف المجلس القومى لحقوق الإنسان في تقريره السنوى الخامس (٢٠٠٨/٢٠٠٩). حيث قال في تقريره أن الحق في الصحة استمر موضع قلق كبير عام ٢٠٠٨ في ظل ضعف نظام التأمين الصحى واقتصاره على أقل من ٥٠٪ من المواطنين. وقد عزز بواعث

القلق استمرار الحكومة في محاولاتها لخصخصة هيئة التأمين الصحى وتحويلها لشركة قابضة هادفة للربح.

وقد نجحت جهود المجتمع المدنى في إلغاء قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧. فقد صدر حكم محكمة القضاء الإدارى في ٤ سبتمبر ٢٠٠٨ بوقف تنفيذ قرار رئيس الوزراء بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية التى تنتقل إليها كل ممتلكات وأصول التأمين الصحى. ولعل أهم ما جاء في أسباب الحكم هو الأسباب التى بنى عليها أن "الرعاية الصحية ليست مجالا للاستثمار والمساومة والاحتكار". و"أن الاتجاه للاقتصاد الحر لا ينبغى أن يسلب حق المواطن في الرعاية الصحية عن طريق الدولة. ومن القواعد ألا تتخلى الدولة عن دورها في الخدمات الاجتماعية أو الصحية أو تعهد بها الى وحدات اقتصادية (أى الشركة القابضة و شركاتها التابعة) حتى و لو كانت تابعة لها لأنها تهدف للربح[٣٣].

أما بعد ثورة الخامس والعشرين من يناير ومع الانفتاح في الحياة السياسية ومحاولة الأحزاب السياسية ومرشحى الرئاسة كسب أصوات أكبر عدد من الناخبين في الانتخابات، فقد تسابقت الأحزاب ومرشحى الرئاسة في تقديم الوعود بتوسيع مظلة التأمين الصحى لتضم أكبر عدد من المواطنين.

وقد وافق مجلس الشعب المنتخب بعد ثورة الخامس والعشرين من يناير بجلسته المنعقدة في ١٤ مايو ٢٠١٢ على قانون التأمين الصحى للمرآة المعيلة بحيث يغطى التأمين الصحى

السيدة التى تتولى رعاية أسرة ليس لها مصدر رزق أو لها دخل لا يجاوز مرة ونصف معاش الضمان الاجتماعى وفقا لما تحدده وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية(٣٤).

وبالتأكيد فإن المطلوب في مصر الاستمرار في توسيع مظلة التأمين الصحى لتشمل كل المواطنين، إلا أن ذلك غير مرهون بإصدار قوانين بذلك فقط و إنما أولا بتوفير مصادر لتمويل هذا التأمين في الموازنة العامة للدولة.

العلاج على نفقة الدولة

ينظم قرار رئيس الجمهورية رقم ٦٩١ لسنة ١٩٧٥ العلاج على نفقة الدولة(٣٥). ونص القرار في المادة الثانية منه على أن تشكل بقرار من وزير الصحة مجالس طبية متخصصة في فروع الطب المختلفة من بين أعضاء هيئة التدريس وغيرهم ممن يرى الإفادة بهم. وتختص هذه المجالس بفحص الطلبات الصحية لطالبى العلاج في الخارج وتقدم تقاريرها وتوصياتها عنهم.

ويكون العلاج على نفقة الدولة بقرار من رئيس مجلس الوزراء، والأخير فوض وزير الصحة في الترخيص بالعلاج على نفقة الدولة في الداخل والخارج(٣٦).

ونص القرار على أن العلاج على نفقة الدولة بالنسبة للعاملين بالدولة والقطاع العام - ومع مراعاة نظم التأمينات الاجتماعية- يتحمل تكلفتها الجهات التى يتبعها المريض إذا كان مرضه أو إصابته مما يعد إصابة عمل. أما فيما فيما غير ذلك من حالات وبالنسبة للمواطنين غير العاملين في الدولة

فيجوز أن تتحمل الدولة كل أو بعض تكاليف علاجه وفقا لحالته الاجتماعية.

ولم يحدد قرار رئيس الجمهورية رقم ٦٩١ لسنة ١٩٧٥ أو تعديلاته ضوابط أو معايير مفصلة للحصول على العلاج على نفقة الدولة.

ويثير العلاج على نفقة الدولة قضية غياب الشفافية في قطاع الصحة في مصر. وقد تفجرت قبل ثورة الخامس والعشرين من يناير القضية حين اتهمت وزارة الصحة في أحد اجتماعات لجنة الصحة بمجلس الشعب ١١ نائبا بالاستحواذ على قرارات العلاج على نفقة الدولة حيث اتضح أن هؤلاء النواب يحصلون على قرارات للعلاج تصل قيمتها الى ٤٤ مليون جنيه شهريا[٣٧] .

ووفقا للتقرير السنوى الرابع للمجلس القومى لحقوق الإنسان ٢٠٠٧/٢٠٠٨ تلقى المجلس عددا من الشكاوى المتعلقة بانتهاك الحق في الصحة بلغت ١٨٢ شكوى يدعى مقدموها تعرضعهم لإنتهاك حقهم في الصحة أو يطلبون تمكينهم من التمتع بهذا الحق حيث طالب ٩٢ من أصحاب الشكاوى بعلاجهم على نفقة الدولة أو بزيادة الإعتماد المخصص لعلاجهم أو سفرهم للخارج لإجراء الفحوص و العمليات الجراحية وتلقى العلاج الذى لا تتوافر إمكانياته في مصر حسب تقارير طبية.

في حين طلب أصحاب ١٩ شكوى شمولهم بالتأمين الصحى نظرا لظروفهم خاصة المتطوعين الذين إنتهت خدمتهم بالقوات

المسلحة و طلب ١٣ من أصحاب الشكاوى تحويلهم لتلقى العلاج في بعض المستشفيات المتخصصة في حالاتهم المرضية[٣٨] .

وتعكس قضية نواب العلاج على نفقة الدولة وشكاوى المواطنين التى وردت في تقرير المجلس القومى لحقوق الإنسان المشار إليه الى غياب معايير واضحة وشفافة يحدد على أساسها المستحقين للعلاج على نفقة الدولة.

وفيما يبدو أنه محاولة لوضع ضوابط أكثر وضوحاً لتنظيم العلاج على نفقة الدولة ورفع مستوى شفافية العملية، أصدر وزير الصحة القرار رقم ٢٩٠ لسنة ٢٠١٠ بإعادة تنظيم قواعد وإجراءات العلاج على نفقة الدولة[٣٩] والمعدل بالقرار رقم ٣٤٢ لسنة ٢٠١٠ والقرار رقم ٢٠٦ لسنة و٢٠١١ والقرار رقم ٢٨٦ لسنة ٢٠١٢.

وحدد القرار المستفيدين من نظام العلاج على نفقة الدولة بالمصريين الذين لا تشملهم مظلة أى تأمين صحى أو علاجى عام أو خاص. ونص القرار على الأولوية المطلقة لبعض الحالات في العلاج منها مرضى الأورام الخبيثة ومرضى القلب والفشل الكلوى والفيروسات الكبدية والسكر والضغط وحالات الطوارئ.

وعن إجراءات إصدار قرارات العلاج على نفقة الدولة نص القرار على أن يعرض المريض على لجنة ثلاثية أحدهم على الأقل أخصائى أو إستشارى في مجال المرض. وتسلم اللجنة الثلاثية تقريرها عن المريض الى الإدارة العامة للمجالس الطبية المتخصصة خلال ٤٨ ساعة على الأكثر. وعمل الإدارة المذكورة

على سرعة إصدار قرار العلاج خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام بالنسبة للأمراض ذات الأولوية المنصوص عليها في القرار.

وأخضع القرار المستشفيات والمراكز الطبية المتعاقد معها لتقديم العلاج على نفقة الدولة للتفتيش الدورى المفاجئ لمراجعة ملفات مرضى العلاج على نفقة الدولة وتحرى مدى الدقة والإلتزام في شأن تقديم خدمات العلاج على نفقة الدولة.

كما ألزم القرار المستشفي المتعاقد معها بتوفير منافذ خاصة لصرف الأدوية لمرضى العلاج على نفقة الدولة مع ضرورة الحصول على توقيع المريض على إذن صرف العلاج. كما ألزم القرار المستشفي بإنشاء ملف محاسبى لكل مريض على حدة.

إلا أنه تلاحظ لنا أن هذا القرار يحتاج الوصول إليه ومعرفة تفاصيله لبحث قانونى متخصص، فهو مثلا غير موجود على الموقع الإلكترونى لوزارة الصحة وبالتالى سيصعب على المواطن معرفة ما جاء فيه لذلك نوصى بإتاحته بصورة موسعة للجمهور عن طريق وسائل الإعلام والموقع الإلكترونى وغيرها من وسائل التواصل.

وفيما يخص الرعاية الصحية بشكل عام، يرى باحثون في قطاع الصحة أنه على الرغم من وجود قوانين ونظم تنظم العمل في مجال الرعاية الصحية إلا أنه هناك قصور في تعريف المواطنين بهذه القوانين والنظم وأنه في العادة يتعرف المواطن على حقوقه وواجباته وعلى معايير استفادته من الخدمات المختلفة من خلال تجربته الشخصية ومن خلال معارفه الذين تعرضوا لمحنة صحية واستفادوا

من هذه الخدمات وهو ما يشير الى حاجة وزارة الصحة والسكان الى سياسة إعلامية وتثقيفية للجمهور في مجال تعريفهم بحقوقهم وواجباتهم، ومعايير استفادتهم من خدمات الوزارة[٤٠].

ونرى أنه لا يكفي تضمين حقوق المواطنين وواجباتهم في مجال الصحة في القوانين والقرارات لأن هذه القوانين والقرارات غالبا لا تكون متاحة لغالبية المواطنين للإطلاع عليها وإنما يجب أن تنظم وزارة الصحة وهيئاتها المختلفة برامج مكثفة لتوعية المواطنين بحقوقهم الصحية عن طريق وسائل الإعلام والمواقع الإلكترونية وغيرها من وسائل الاتصال بالجمهور.

قطاع الدواء:

تسجيل الدواء

فيما يخص تسجيل الدواء في مصر، تنص المادة ٥٩ من القانون ١٢٧ لسنة ١٩٥٥ بشأن مزاولة مهنة الصيدلة على أن المنتجات الدوائية لا يجوز بيعها بالصيدليات إلا إذا كانت مسجلة بوزارة الصحة. وينطبق هذا الشرط على كل من الأدوية المحضرة محليا أو المستوردة[٤١]. وينص القرار الوزارى رقم ١٤٧ لسنة ١٩٧٤ بشأن إعادة تسجيل المستحضرات الصيدلية كل عشر سنوات على ضرورة قيام صاحب الترخيص بإعادة تسجيل الدواء كلما انقضت هذه الفترة. وإذا لم يقدم الطرف المعنى طلبا لإعادة تسجيل الدواء، يلغى ترخيصه ولا يسمح بعد ذلك بتصنيعه أو إستيراده[٤٢].

أسعار الدواء

تنص المادة ١٠ من القانون ١١٣ لسنة ١٩٦٢ بشأن إعادة تنظيم استيراد الأدوية والمستلزمات الطبية وتصنيعها والإتجار فيها على أن يكون تسعير الأدوية والمستلزمات الطبية الكيماوية الطبية أو تحديد نسبة الربح فيها سواء محلية أو مستوردة بمعرفة لجنة تشكل بقرار من وزير الصحة بالاتفاق مع وزيرى الصناعة والتموين وتصدر قرارات اللجنة من وزير الصحة بالإتفاق مع وزير الصناعة". وتمثل هذه المادة أساس النظام الذى تتبعه الحكومة المصرية للتحكم في أسعار الدواء[٤٣].

وفي الوقت الحالى، تضع اللجنة العليا للسياسات الدوائية التى يرأسها وزير الصحة أسس تسعير المنتجات الدوائية بعد أن تقوم اللجنة الفرعية لتسعير الأدوية (التى يرأسها رئيس مركز التخطيط والسياسيات الدوائية) بإجراء الدراسات اللازمة عن أسعار الأدوية في ضوء التكلفة المالية وفقا لقواعد تنظيم الأسعار التى يضعها وزير الصحة. ويتم تسعير الدواء في مصر طبقا للقرار الوزارى رقم ٣١٤ لسنة ١٩٩١ بتحديد هامش ربح للشركات المنتجة يضاف لإجمالى التكلفة[٤٤].

وعلى الرغم من وجود آلية لتسعير الدواء يرى باحثون في مجال الدواء أن وجود مشاكل في عملية تسعير الأدوية ترجع الى عدة أسباب منها تجاوزات بعض الشركات التى تقوم مثلا بإحداث تعديلات شكلية على دواء قديم لإعادة تسعيره ومنها عدم وجود

آلية ثابتة لتحريك الأسعار تحقيقا للعدالة سواء كان هذه التحريك لأعلى أو لأدنى[٤٥].

استيراد الدواء

تشرف على استيراد الدواء من الخارج لجنة عليا يرأسها وزير الصحة مشكلة بالقرار الوزارى رقم ٤١ لسنة ١٩٩٦ وظيفتها تحديد أنواع الأدوية التى يحتاجها السوق المحلى والتى لا يوجد لها بدائل من المنتجات المحلية. ويختلف تحديد الكمية المطلوب توفيرها من كل نوع حسب الحاجة الفعلية له، مع إعطاء الأولوية لفئات الأدوية التى يجب أن تدعمها الدولة[٤٦].

ويرى باحثون في مجال الدواء أنه على الرغم من وجود قوانين تنظم تسعير واستيراد الدواء إلا أن هناك قصور لدى وزارة الصحة في تعريف المواطنين بأسباب زيادة أسعار الدواء بشكل ملحوظ أو عن أسباب نقص أو إختفاء بعض الأدوية من السوق. فقد كشف استطلاع أجراه مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء عام ٢٠٠٣ عن توقف توريد الشركات لبعض اصناف الدواء وإرتفاع أسعار أصناف أخرى بدون إيضاح أسباب ذلك. ويرى الباحثون أن وزارة الصحة في حاجة لسياسة إعلامية وتثقيفية للجمهور في مجال تعريفهم بالأدوية الموجودة في الأسواق وما هى بدائلها في حالة إرتفاع سعر أحداها وما هى الأسباب التى دعت الى إرتفاع سعرها. وقد يعزز ذلك الأسلوب من مبدأ الشفافية ويقلل من فرص انتشار الفساد في سوق الدواء.

ويصدر مركز التخطيط والسياسات الدوائية نشرات غير دورية خاصة بتسعير الأدوية التى تم تحريك أسعارها مما قد يشير الى تأصيل مبدأ الشفافية من هذه الناحية، وبالتالى فإن تاخير نشر هذه النشرات أو افتقاره الى الدقة من شأنه أن يثير أزمة ناتجة عن إثارة الشائعات. كما تصدر الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية نشرات إعلامية عن الأدوية الجديدة أو الأدوية التى يبطل استعمالها، وعن التأثيرات الجانبية التى تنتج عن الأدوية، ومما لا شك فيه أن هذه النشرات سلوك إيجابى بحد ذاتها، وهى غنية بالبيانات المهمة ولكنها غير كافية. نتيجة لدرجة انتشارها المحدود، وعدم إتاحتها للجمهور الواسع[٤٧].

مما سبق يتضح لنا أن تعزيز الشفافية في قطاع الدواء قد لا يحتاج الى قوانين أو قرارات تشريعية جديدة بقدر ما يحتاج لتواصل بين وزارة الصحة والجمهور وتبنى سياسات تثقيفية وإعلامية وإتاحة النشرات الخاصة بالأدوية لأكبر قطاع من المواطنين من خلال وسائل الإعلام والمواقع الإلكترونية غيرها من وسائل التواصل مع الجمهور.

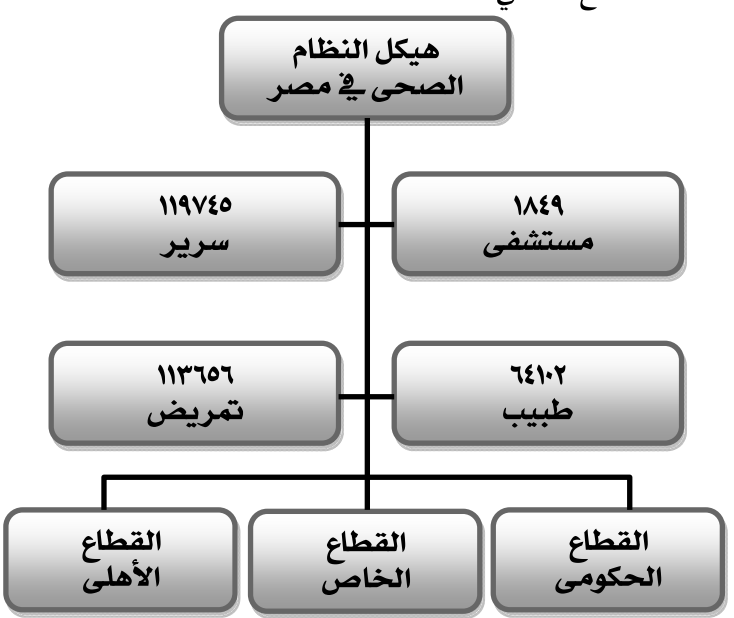
الفصل الثاني

قطاع الصحة في مصر

ا- هيكل القطاع الصحي في مصر

يتكون القطاع الصحي في مصر من ثلاث مكونات رئيسية هي:

١. القطاع الحكومي.
٢. القطاع الخاص.
٣. القطاع الأهلي.



توجد عدة مشاكل رئيسية في البيانات الإحصائية المنشورة عن القطاع الصحي في مصر أهمها:

- تضارب البيانات الإحصائية المنشورة بين وزارة الصحة والسكان باعتبارها المصدر الأول لبيانات الصحة في مصر والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. فبينما تنشر

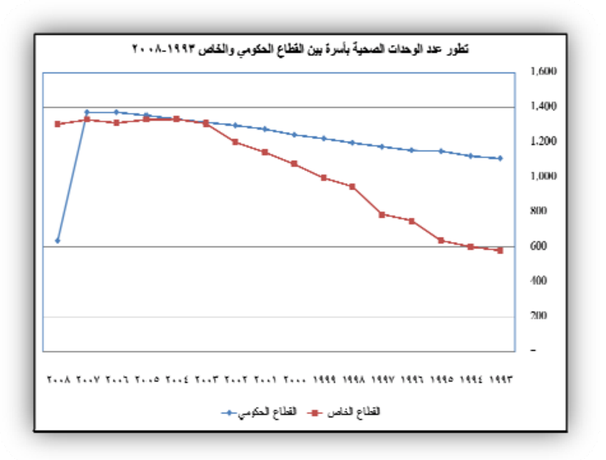
وزارة الصحة على موقعها على شبكة الانترنت الوظائف الطبية القائمة بالعمل بالقطاع الصحي الحكومي عام ٢٠٠٨ وهي ٦٩,٥٣٢ طبيب، ينشر الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية عام ٢٠٠٨ في صفحة ١٤ أن عدد أطباء القطاع الحكومي ٥١,٥٤١ طبيب. بفارق ١٨ ألف طبيب.

- اختلاف البيانات داخل المصدر الواحد مثل الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء يمكن أن ينشر بيان بأرقام وفي موقع آخر نفس البيان بأرقام مختلفة. وعلى سبيل المثال ينشر الكتاب الإحصائي السنوي جدول رقم (١٢ ــ ١) عدد أسرة المستشفيات في مصر ١٢٩,٨٨٦ سرير عام ٢٠٠٨، وينشر الجهاز المركزي في كتاب مصر في أرقام صفحة ١١٤ إن عدد الأسرة في مصر ١٣٦,٨١٩ سرير عام ٢٠٠٨. وهكذا.
- غياب بيانات حصر عدد المستوصفات التابعة للقطاع الخاص والعيادات الخاصة.
- غياب بيانات القطاع الأهلي رغم أهميته. فلدينا مئات الجمعيات الأهلية التي تملك مستوصفات ومراكز صحية وصيدليات ولا يوجد بيان رسمي بها.
- غياب البيانات المنشورة عن الأمراض وتوزيعها الجغرافي والعمري والدخلي رغم أهميتها بالنسبة للسياسات الصحية. وكذلك البيانات الخاصة بالأدوية وتوكيلات تجارة الدواء.

رغم ذلك حاولنا تركيب جداول إحصائية من بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء حتى عام ٢٠١٠. لنصل

إلى هيكل القطاع الصحي والذي يقسم إلى قطاع حكومي مجمل وقطاع خاص.[٤٨]

- ارتفع إجمالي عدد الوحدات الصحية بأسرة من ١,٦٩٠ وحدة صحية عام ١٩٩٣ إلى ٢,٣١٩ وحدة صحية عام ٢٠٠٠، و٢,٦٨٣ وحدة صحية عام ٢٠٠٥ وانخفض إلى ١,٩٤٢ وحدة صحية عام ٢٠٠٨.
- حدث انخفاض بمعدل ٠,٩٪ في إجمالي الوحدات الصحية بأسرة خلال الفترة بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٨.
- أرتفع عدد وحدات القطاع الحكومي بأسرة من ١,١٠٩ وحدة صحية عام ١٩٩٣ إلى ١,٢٤٣ وحدة صحية عام ٢٠٠٠، و١,٣٥٤ وحدة صحية عام ٢٠٠٥ وانخفض إلى ٦٣٧ وحدة صحية عام ٢٠٠٨.
- حدث انخفاض بمعدل سالب ٣,٦٪ في الوحدات التابعة لوزارة الصحة خلال الفترة بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٨.
- بينما حدث توسع ونمو في الوحدات الصحية بأسرة التابعة للقطاع الخاص وبمعدل نمو بلغ ٥,٥٪ بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٨.
- تضاعف عدد وحدات القطاع الخاص من ٥٨١ وحدة صحية عام ١٩٩٣ إلى ١,٠٧٦ وحدة صحية عام ٢٠٠٠، و١,٣٢٩ وحدة عام ٢٠٠٥ انخفضت إلى ١,٣٠٥ وحدة صحية في ٢٠٠٨.

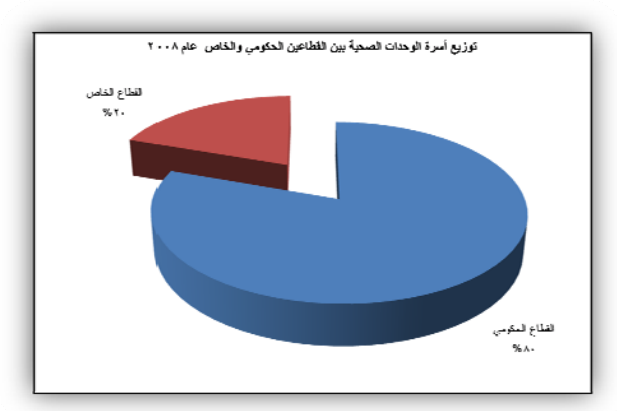


فقدت مصر ٧٣٦ وحدة صحية حكومية بأسرة بين عامي ٢٠٠٧ و٢٠٠٨ وبما يمثل ٥٣٪ من الوحدات التي تملكها الحكومة. يرجع ذلك إلى توجه الحكومة إلى خصخصة الصحة العامة وذلك في عهد وزارة الدكتور حاتم الجبلي.

يرجع ذلك الانخفاض الحاد في عدد الوحدات الحكومية ذات الأسرة لقرارين أصدرتهم وزارة الصحة. الأول خاص بتحويل ٤٨٧ مستشفي تكامل تضم كل منها غرفة عمليات مجهزة وعشرين سرير إلى وحدات صحة أسرة. والثاني تصفية مستشفيات الحميات التي انخفض عددها من ١٠٦ مستشفي تضم ١٠,٣ ألف سرير عام ٢٠٠٧ إلى ٤٢ مستشفي تضم ٥,٩ ألف سرير.

لذلك عندما هاجمت أنفلونزا الخنازير مصر حدثت أزمة بسبب تصفية مستشفيات الحميات وعدم وجود أماكن للعزل. وتشير بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى وجود ٤ معازل صحية في جميع أنحاء مصر بطاقة ٧٩ سرير فقط بعد

أن كانت ١٨٣ سرير في عام ٢٠٠٠. وهو ما يضع قيود علي الصحة عند حدوث أمراض وبائية.[٤٩]



حدث انخفاض في عدد الوحدات الصحية الحكومية ذات الأسرة لأكثر من النصف. ظل القطاع الحكومي محافظ على ١١٠ ألف سرير عام ٢٠٠٨ تمثل ٨٠٪ من أسرة المستشفيات، بينما يملك القطاع الخاص ٢٦,٨ ألف سرير.

رغم ارتفاع عدد أسرة القطاع الحكومي من ١٠١ ألف سرير عام ١٩٩٣ إلى ١٢٦,٧ ألف سرير عام ٢٠٠٧ شهد انخفاضا بأكثر من ١٦ ألف سرير خلال عام واحد. بينما ارتفع عدد أسرة القطاع الخاص من ١١,٦ ألف سرير عام ١٩٩٣ إلى ٢١,٦ ألف سرير عام ٢٠٠٠ بلغ ٢٦,٨ ألف سرير عام ٢٠٠٨.

رغم تضاعف عدد وحدات القطاع الخاص ذات الأسرة لتصبح ٦٧,٢٪ من إجمالي الوحدات ذات الأسرة ونمو أسرة القطاع الخاص من ١١,٦ ألف سرير إلى ٢٦,٨ ألف سرير، إلا أنها لا تمثل سوى ١٩,٦٪ فقط

من أسرة الوحدات الصحية بينما يقدم القطاع الحكومي ٨٠٫٤٪ من الأسرة من خلال ٣٢٫٨٪ من الوحدات الصحية.

لذلك نعرض في الأجزاء التالية لتفاصيل مكونات القطاع الصحي الحكومي.

١ – ١ القطاع الحكومي

١٫٠١٣ مستشفي تابعة لوزارة الصحة تضم ٧١٫٤٤٨

٣٠ مستشفي تابع للهيئة العامة للتأمين الصحي تضم ٦٫٤٧٨ سرير

٦١ مستشفي تابع للجامعات تضم ٢٢٫٩٩٩ سرير

١٨ مستشفي تعليمي تضم ٥٫٣٦٠ سرير

٢٤ مستشفي تابعة لهيئات حكومية أخري تضم ٢٫٦٨١ سرير

١٧ مستشفي تابع للقطاع العام وقطاع الأعمال العام تضم ٩٧٧ سرير

منذ بدأت وزارة الصحة سياسات الإصلاح الصحي في التسعينيات. انتشر العلاج بأجر والعلاج الاقتصادي في المستشفيات الحكومية.

وفقا لإحصاءات وزارة الصحة لعام ٢٠٠٨ والمنشورة في مارس عام ٢٠١٠ تتوزع أسرة المستشفيات الحكومية ١٢٪ في الريف و٨٨٪ في الحضر (جدول ٤) كما تمثل الأسرة بأجر ٢٧٪ من أسرة القطاع الحكومي عام ٢٠٠٨ و٧٣٪ أسرة مجانية. وتمثل الأسرة بأجر حوالي ١٦٪ من أسرة الريف و٢٩٪ من أسرة الحضر.

كما يملك القطاع الحكومي ٢,٦٨٢ جهاز أشعة للتشخيص والعلاج و١٠,٤١٣ جهاز للعلاج بالمواد المشعة وأجهزة كهربائية للعلاج، وأجهزة للعلاج الطبيعي والغسيل الكلوي.

تقدم المستشفيات التابعة للقطاع الحكومي خدمة صحية لملايين المصريين وفي عام ٢٠٠٨ تردد على العيادات الداخلية بالمستشفيات الحكومية ٤,٧ مليون حالة بينما تردد على العيادات الخارجية ٦٣,٩ مليون حالة.

١ - ١ - ١ مستشفيات وزارة الصحة

تحوز وزارة الصحة الحصة الأكبر من أسرة المستشفيات فمن خلال ٤٤٩ مستشفي تضم أكثر من ٦٣ ألف سرير موزعة على جميع محافظات الجمهورية. لكن توزيع هذه الخدمات يشوبه العديد من الملاحظات منها أن عدد الأسرة في الريف لا تزيد عن ٧,٦٪ فقط لخدمة ٥٧٪ من السكان بينما ٨٢,٤٪ من الأسرة لخدمة ٤٣٪ من السكان.

- ارتفع عدد المستشفيات العامة والمركزية من ٢٢٧ مستشفي عام ٢٠٠٠ إلى ٢٤٨ مستشفي عام ٢٠٠٨ وبفارق ٢١ مستشفي. رغم ذلك ظل عدد الأسرة ثابت عند ٣٤,٤ ألف سرير طوال الفترة بما يعني زيادة الانتشار من خلال ٢١ مستشفي جديد ولكن طاقة الأسرة لم تزيد. رغم ارتفاع عدد السكان من ٦٣,٨ مليون نسمة إلى ٧٥,٢ مليون نسمة.
- بذلك ارتفع عدد السكان ١١,٢ مليون نسمة دون أن تزيد وزارة الصحة حصتها من الأسرة في المستشفيات العامة والمركزية وهو ما ينعكس على مستوى الخدمة الصحية التي تقدم.
- رغم ما تشهده مصر من انتشار لمرض السرطان خلال السنوات الماضية ظلت وزارة الصحة لديها ٨ مراكز لعلاج الأورام تضم ٥٧٤ سرير، ورغم تزايد أعداد المرضى تم خفض عدد المراكز في عام ٢٠٠٨ إلى ٧ مراكز تضم ٥٠٥ سرير. بذلك فقد مرضى السرطان أحد مراكز العلاج إضافة إلى ٦٩ سرير وبما يؤدي للمزيد من التكدس في المراكز القائمة ويؤدي لصعوبة الوصول بما يخل بالحق في الصحة.
- بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة حوالي ١١٪ في الحضر و٨٪ في الريف، ٦,٨٪ في الوجه البحري و١٠,٧٪ في الوجه القبلي.[٥٠]
- كما انخفض عدد مكاتب الصحة وهي المسئولة عن قيد المواليد والوفيات والتطعيمات للأطفال والنشاط الوقائي من ٣٥٦ مكتب عام ٢٠٠٠ إلى ٣١٦ مكتب عام ٢٠٠٨.

هكذا أدت سياسات الإصلاح الصحي في مصر إلى تراجع عدد المستشفيات والأسرة التابعة لوزارة الصحة بما انعكس على مستوى مقبولية وجودة الخدمات الصحية المجانية المقدمة.. بل والأكثر من ذلك تحويل ٢٦,٢٪من أسرة المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة إلى أسرة بأجر وبما يعيق الحق في الصحة ويخل بشروط المساواة ويشكل تميز لدي القادرين في بلد يعيش فيه أكثر من ٤٣٪ من السكان تحت خط الفقر. كما أن العلاج بأجر في المستشفيات العامة والعلاج الاقتصادي هو إخلال بالحق في الصحة.

لقد انعكست سياسات الإصلاح الصحي على الشفافية حيث بدأ تطبيق نظام استرداد النفقات دون إعلان القرارات الخاصة بذلك. كما تم تحويل عدد من أسرة العلاج المجاني إلى العلاج الاقتصادي دون دراسة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ومعدلات انتشار الأمراض، ودون وجود قواعد واضحة وشفافة في تكلفة العلاج الاقتصادي.

كما أدى ذلك إلى زيادة المعاناة والحرمان من الحق في الصحة في المستشفيات العامة، واضطرار المريض في أقسام الطوارئ ولإجراء بعض العمليات الجراحية شراء مستلزمات طبية على نفقته الخاصة من القطاع الخاص لعدم توافرها بالمستشفي رغم أنه يخضع لعلاج مجاني، وكذلك استغلال بعض الأطباء لنظام تقسيم يوم العمل إلى مجاني وبرسوم محدودة واقتصادي من خلال التباطؤ في فترة العلاج المجاني لإجبار المرضى علي دفع التكلفة التي تحول دون وصولهم للخدمة الصحية.

نشر موقع الأهرام الاليكتروني يوم ٢٢ مايو ٢٠١٢ خبر، قيام مسئولي قسم الإصابات بمستشفي أسيوط الجامعي باحتجاز البطاقات الشخصية لـ"عريجي" وزوجته، بسبب عدم استطاعتهما تسديد ١٥٠ جنيها تكلفة أشعة مقطعية قاما بإجرائها لطفلتيهما ابنة العامين، إثر سقوطها من مكان مرتفع. لذلك شكلت سياسات الإصلاح الصحي والعلاج الاقتصادي إلى حرمان العديد من المرضى من الحق في الصحة التي لا يملكون تكلفة الحصول عليها.

أما على صعيد الموارد البشرية في وزارة الصحة فقد ارتفع عدد أطباء وزارة الصحة ٤٠,٤ ألف طبيب عام ٢٠٠١ إلى ٥١,٥ ألف طبيب عام ٢٠٠٨. كما ارتفعت أعداد التمريض من ٨٣,٨ ألف ممرض وممرضة عام ٢٠٠١ إلى ١٠٧,٧ ألف ممرض وممرضة عام ٢٠٠٨.

تم دخول ٢,٩ مليون حالة للمستشفيات العامة والمركزية بوزارة الصحة عام ٢٠٠٨ منها ٢١٪ نساء وولادة و٢٠٪ جراحة عامة و١٣٪ جراحة عظام و١٦٪ باطنه و١٤٪ أطفال.[٥١]

بلغت أعلى نسبة وفيات في مستشفيات وزارة الصحة في جراحة التجميل حيث وصلت إلى ١٤,٤٪ من الحالات ١٠,٩٪ من الأطفال المبتسرين و٤,٥٪ من مرضى العناية المركزة. تعكس هذه المعلومات مدى التدهور الذي تشهده مستشفيات وزارة الصحة وخاصة في الأقسام التي تحتاج إلى مهارة وعناية صحية فائقة.

١ - ١ - ٢ المستشفيات والمعاهد التعليمية

يوجد فرق بين المستشفيات التعليمية مثل مستشفي أحمد ماهر والساحل والمطرية والتي تضم ٤,٢٣٠ سرير في عام ٢٠٠٨. أما المعاهد التعليمية فهي مثل معهد الكلى والمسالك ومعهد القلب ومعهد الكبد ومعهد التغذية ومعهد السكر والغدد الصماء ومعهد السمع والكلام وهي تضم ١,١١٧ سرير.

يوجد في مصر ١٨ مستشفي ومعهد تعليمي كانت تضم ٥,٣١٦ سرير عام ٢٠٠٠ ارتفعت إلى ٥,٥٩٢ سرير عام ٢٠٠٥ ثم انخفضت إلى ٥,٣٤٧ سرير عام ٢٠٠٨.

٢٢٪ من موظفي الحكومة ليس لديهم تامين صحي، و٤٩٪ من عمال القطاع العام والخاص ليس لديهم تأمين صحي

تخصص المستشفيات التعليمية ١,٣٧٥ سرير تمثل ٢٦٪ من أسرتها للعلاج بأجر. ويعمل في المستشفيات والمعاهد التعليمية ٤,٠٣٠ طبيب و٥,٥٢٣ هيئة تمريض.

١ - ١ - ٣ المستشفيات الجامعية

يوجد في مصر ٦١ مستشفي جامعي كانت تضم ١٩,٤٠٥ سرير عام ٢٠٠٠ ارتفعت إلى ٢٥,٣٨٨ سرير عام ٢٠٠٥ ثم بلغت ٢٥,٧٤٢ سرير عام ٢٠٠٨. تم تخصيص ٥,٢٣١ سرير للعلاج بأجر ضمن المستشفيات التعليمية وهي تمثل ٢٣٪ من أسرة المستشفيات الجامعية.

يعمل في المستشفيات الجامعية ٦,١٨٠ طبيب و٢٨,٨٧٩ هيئة تمريض.

١ - ١ -٤ المؤسسة العلاجية

كما يوجد ١١ مستشفي تابع للمؤسسة العلاجية منها ٦ في القاهرة و٤ في الإسكندرية ومستشفي واحد في القليوبية. تضم مستشفيات المؤسسة العلاجية ٤,٢٥٤ سرير عام ٢٠٠٠ انخفضت إلى ٢,١٢٩ سرير عام ٢٠٠٥ ثم بلغت ٢,١٤٦ سرير عام ٢٠٠٨.

١ - ١ -٥ التأمين الصحي

توجد عدة قوانين منظمة للانتفاع بخدمات التأمين الصحي في مصر والذي يغطي حوالي ٥٧٪ من السكان عام ٢٠٠٩، بينما يوجد ٤٣٪ من السكان ليست لديهم أي تغطية تأمينية. وقد بلغ عدد المؤمن عليهم في عام ٢٠٠٩ حوالي ٤٢,٨ مليون منهم ١٨,٢ مليون طلاب مدارس و١٣,٢ مليون مواليد دون سن المدرسة وهم يشكلون ٧٣٪ من المنتفعين و٢,١ أصحاب معاشات و٥٣٥ ألف من الأرامل يشكلون ٦,١٪ من المؤمن عليهم. بينما يوجد ٤,٣ مليون موظف حكومة ينتفع بالتأمين الصحي عام ٢٠٠٩ وبما يمثل ١٠٪ من المنتفعين.

وإذا أضفنا لذلك أنه يوجد في مصر أكثر ٥,٥ مليون موظف فإن ذلك يعكس وجود ١,٢ مليون موظف حكومي لا يتمتعون بخدمات التأمين الصحي أي أن ٢٢٪ من موظفي الحكومة ليس لديهم تأمين صحي. كما يوجد ٤,٥ مليون عامل بالقطاعين العام والخاص يتمتعون بخدمات التأمين الصحي وهم يمثلون ١٠,٥٪ من المنتفعين بخدمات التأمين الصحي.

لكن بيانات القوى العاملة في مصر تفيد بوجود ٨,٩ مليون يعملون في قطاع العمال العام والخاص يتمتع منهم ٥١٪ فقط بالتأمين الصحي و٤٩٪ منهم ليس لديهم تأمين صحي.

بعد ان كانت الهيئة العامة للتأمين الصحي تملك ٤٤ مستشفي في مطلع الألفية انخفض العدد إلي ٣٠ مستشفي تضم ٦,٤٧٨ سرير منها ٢,٦٢٨ سرير بأجر، ٣,٨٥٠ سرير بدون أجر. ويعمل بالهيئة ٢,٧٦٠ أطباء و٤,٦٧٠ هيئة تمريض في عام ٢٠٠٨.

رغم ذلك يقدم التأمين الصحي خدمات هامة للمنتفعين. ففي عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ أجرى ما يزيد على ٣٩٤ ألف عملية جراحية وأجرى أكثر من ١١ مليون فحص طبي. وأجرى ١٨٠٠ عملية زرع أعضاء، و٥٨٠٠ عملية قلب مفتوح وأجرى ٢٢ ألف قسطرة علاجية وتشخيصية وعالج ١١ ألف منتفع بالغسيل الكلوي. بذلك يغطي التأمين الصحي جانب كبير من احتياجات المنتفعين ضمن النظام الحالي.

١ - ١ -٦ العلاج على نفقة الدولة

بعد تدهور العلاج المجاني في مستشفيات وزارة الصحة، وتنفيذ سياسات الإصلاح الصحي التي دعمها البنك الدولي للإنشاء والتعمير، ومع تزايد أعداد المرضى بأمراض مزمنة تم التوسع في نظام العلاج على نفقة الدولة.

في دراسة هامة أعدتها المبادرة المصرية للحقوق الشخصية أوضحت وجود عدة أسباب للمشكلة منها:[٥٢]

- تدني المخصصات المالية الموجهة للرعاية الصحية في الموازنة العامة.
- اندثار العلاج المجاني.
- الفساد الإداري في ظل غياب الرقابة.
- استغلال بعض نواب البرلمان نظام العلاج على نفقة الدولة.
- **صدور قرارات العلاج محددة القيمة. وتفيد البيانات المنشورة في الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء** بارتفاع عدد حالات العلاج على نفقة الدولة من ٥٤ ألف حالة عام ١٩٩٥ إلى ٤٩١ ألف حالة عام ٢٠٠٠ ثم ١٫٣ مليون حالة عام ٢٠٠٥ ووصل إلى ٢٫٢ مليون حالة عام ٢٠٠٩. صاحب ذلك ارتفاع تكلفة العلاج من ١٣٩ مليون جنيه إلى ٧٩٠ مليون جنيه إلى ١٫٦ مليار جنيه ووصلت إلى ٣٫٩ مليار جنيه عام ٢٠٠٩. بينما انخفضت أعداد حالات العلاج في الخارج وتكلفتها من ٦٩٢ حالة بتكلفة ٥٢ مليون جنيه عام ١٩٩٥ إلى ١٩٣ حالة بتكلفة ٢٧ مليون جنيه عام ٢٠٠٩.

> **نتيجة تدهور الرعاية الصحية المجانية وانتشار الأمراض الكارثية ارتفعت تكلفة العلاج علي نفقة الدولة من ١٦٪ من الإنفاق علي الصحة عام ٢٠٠٠ إلي ٢٢٪ عام ٢٠٠٥ وبلغ ٣٠٪ عام ٢٠٠٩**

يمثل العلاج علي نفقة الدولة نموذج صارخ لغياب الشفافية في القطاع الصحي فرغم وجود عدد من القوانين والقرارات المنظمة للعلاج على نفقة الدولة في الداخل والخارج إلا أن هذا النمط من العلاج يتمتع بأكبر قدر من غياب الشفافية.

- لا يعرف الرأي العام المصري ما هي معايير اختيار الأمراض التي تخضع للعلاج على نفقة الدولة.
- لا يعرف معايير اختيار المؤسسات الصحية العامة والخاصة التي يتم التعاقد معها.
- توجد شكاوى متكررة من صدور القرار بقيمة أقل من الاحتياجات الضرورية للمرضى مما يجعلهم يتحملون جزء من التكلفة أو لا يستكملون العلاج وهو ما يضر ببرامج علاجهم نتيجة ضعف القدرات المادية على تغطية نقص الأدوية عن القرار.
- غير معروف معايير اختيار الحالات التي يتم سفرها للخارج بدليل سفر زوجات بعض المسئولين بالدولة للعلاج في أمراض يمكن علاجها بالداخل.
- لا يعرف قيمة المبلغ المخصص للعلاج على نفقة الدولة لأنه مرتبط بعدد الحالات التي تصدر لها قرارات.
- تم إنشاء النظام كوسيلة مؤقتة لعلاج الأمراض المزمنة حتى يتم تطوير العلاج المجاني بالمستشفيات العامة من ناحية، ومد مظلة التأمين الصحي لتشمل جميع المصريين من ناحية أخري. لكن ذلك لم يحدث وتحول العلاج علي نفقة الدولة من مسكن مؤقت للأزمة ألي نظام علاجي رئيسي في النظام الصحي المصري.

١ – ٢ القطاع الخاص

تطور عدد وحدات القطاع الخاص بأسرة من ٩٤٧ وحدة عام ١٩٩٨ إلي ١,٠٧٦ وحدة عام ٢٠٠٠ و ١,٣٢٩ وحدة عام ٢٠٠٥ وانخفضت إلي ١,٣٠٥ وحدة عام ٢٠٠٨. في نفس الوقت ارتفع عدد الأسرة بالقطاع الخاص من ١٨,٧ ألف سرير عام ١٩٩٨ إلي ٢١,٧ سرير عام ٢٠٠٠ و ٢٦,٢ ألف سرير عام ٢٠٠٥ وبلغت ٢٦,٨ ألف سرير عام ٢٠٠٨.

رغم انخفاض عدد الوحدات الصحية بأسرة، إلا أن عدد أسرة القطاع الخاص ارتفعت ومن ثم ارتفعت مساهمتها في إجمالي الأسرة في مصر من ١٤,٤٪ من الأسرة عام ١٩٩٨ إلي ١٩,٦ ٪ عام ٢٠٠٨.

يوجد ١٢,٦ ألف طبيب يعملون في مستشفيات القطاع الخاص يعاونهم ١١,٨ ألف بوظائف التمريض.أي أن عدد الأطباء أعلي من عدد التمريض في مستشفيات القطاع الخاص.

عام ٢٠٠٨ كان لدي مستشفيات القطاع الخاص ١٢,٦ ألف طبيب و ١١,٨ ألف بمهن التمريض

جاء ضمن بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وضمن كتاب مصر في أرقام ٢٠١٠ أن عدد الوحدات الصحية التابعة للقطاع الخص بأسرة عام ٢٠٠٨ بلغ ١٣٠٥ وحدة صحية بينما نجد الجهاز المركزي في النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية يقرر أن القطاع الخاص لديه ٦٨٦ مستشفي وبالتالي لا نعرف ما هي تبعية ٦١٨ وحدة صحية أخرى ذات أسرة بالقطاع الخاص وهلي

هي مستوصفات؟ أم أن هناك إشكال أخرى لملكية القطاع الخاص للوحدات ذات الأسرة.

١ – ٣ القطاع الأهلي

يعد القطاع الأهلي الضلع الثالث في مقدمي الخدمة الصحية في مصر بعد الحكومة والقطاع الخاص. حيث تنتشر العيادات والمراكز الصحية والمستوصفات التابعة للجمعيات الأهلية على امتداد مصر من الريف إلى الحضر. كما أن هناك عديد من المساجد والكنائس التي تقدم خدمة صحية. ورغم ذلك تعمل غالبية هذه المراكز والمستوصفات بدون تراخيص رسمية، ولا يوجد لها أي تعريف في تقارير وزارة الصحة أو تقارير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. ولذلك فلا يوجد تقييم حقيقي لجودة ومستوى الخدمة الصحية التي يقدمها القطاع الأهلي في مصر.

ولمعرفة مدى ضخامة المراكز الصحية التابعة للقطاع الأهلي وفي أحد اجتماعات مركز العقد الاجتماعي التابع لمركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء أوضح مسئول القطاع الصحي بالجمعية الشرعية للعاملين بالكتاب والسنة أن ما تملكه الجمعية من حضانات يفوق ما تملكه وزارة الصحة المصرية. كما تملك عدد من أجهزة الغسيل الكلوي.

ورغم ذلك لا توجد قواعد معلنة حول الترخيص لهذه الجهات بالعمل أو تقييم ومتابعة جودة عملها والتفتيش عليها

ولا معرفة عدد العاملين بها كدليل آخر على مدى غياب الشفافية في القطاع الصحي.

٢- الإنفاق الصحي

يعد الإنفاق الصحي أحد المؤشرات الهامة لقياس جودة الخدمات الصحية في مصر ومختلف دول العالم. حيث يقاس المخصص للصحة من الإنفاق الحكومي إلى إجمالي الموازنة العامة للدولة من ناحية. والإنفاق الخاص والعام على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي.

نتيجة سياسات خصخصة الخدمات وتطبيق سياسات الإصلاح الصحي واسترداد التكلفة وتردي الخدمة بالمستشفيات العامة وتوسع استثمارات القطاع الخاص في قطاع الصحة. تراجع الإنفاق الحكومي العام ليمثل ٤٠٪ فقط من الإنفاق الصحي بينما ٦٠٪ ينفقه المصريين من جيوبهم الخاصة على الصحة.

وفي الدراسة التي أعدتها المبادرة المصرية للحقوق الشخصية حول "إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر"[٥٣] قدرت الإنفاق من الجيب بأنه وصل إلي ٧٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي.

بلغ الإنفاق الصحي ١,١ مليار جنيه عام ١٩٩٤ يمثل ٢٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي إلى ١٠,٤ مليار جنيه عام ٢٠٠٧/٢٠٠٦ تمثل ٤,٧٪ من الإنفاق الحكومي وبلغت ٢٤,٣ مليار جنيه في موازنة عام ٢٠١٢/٢٠١١ تمثل ٤,٧٪ من الإنفاق الحكومي.

رغم ارتفاع قيمة الإنفاق الحكومي على الصحة من ١٠,٤ مليار إلى ٢٤,٣ مليار ظل نصيب الصحة من الإنفاق الحكومي ثابت. وإذا ربطنا ذلك بنمو السكان وسعر صرف الجنيه مقابل الدولار سنجد أن الإنفاق الحقيقي على الصحة قد انخفض رغم زيادته النقدية.

إذا كان الإنفاق الحكومي علي الصحة يمثل ٤٠٪ فقط من الإنفاق الصحي، ٦٠٪ ينفق من جيوب المواطنين. وإذا عرفنا حجم الإنفاق الحكومي فقد تم التنبؤ بحجم الإنفاق الإجمالي على الصحة ونسبته إلي الناتج المحلي الإجمالي كما يتضح في الجدول رقم (٦).

توزيع الإنفاق الصحي من الجيب حسب مقدمي الخدمة:

- المستشفيات الخاصة والعيادات الخاصة وحدها تحصل علي نحو ٥٠٪من الإنفاق من الجيب.
- مستشفيات وزارة الصحة ٣,٥٪
- المستشفيات الجامعية ٣,١٪
- المستشفيات العامة الأخرى ٠,٩٪
- مستشفيات التأمين الصحي ٠,٨٪
- مراكز وزارة الصحة ٣,٢٪
- الدواء ٣٣٪
- " إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر " المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

لقد ارتفع الإنفاق الإجمالي على الصحة من ٥,٣ مليار جنيه عام ١٩٩٨/١٩٩٧ إلى ١٠,٨ مليار جنيه عام ٢٠٠٢/٢٠٠١ ثم ٣٠,٣ مليار جنيه عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨ ووصل إلى ٦٠,٨ مليار جنيه عام ٢٠١٢/٢٠١١. ورغم ذلك انخفض الإنفاق الإجمالي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي من ٥٪ عام ٢٠٠٢/٢٠٠١ إلى ٤,٢٪ في عام ٢٠١٢/٢٠١١. وأيضا إذا

أضفنا لذلك زيادة السكان سنجد أن الوضع الصحي العام يتراجع وقد يرتبط ذلك بارتفاع معدلات الإصابة ببعض الأمراض.

كما أعد الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء دراسة عن "الإنفاق علي الخدمات والرعاية الصحية" على ضوء نتائج بحث الدخل والإنفاق ٢٠٠٨/٢٠٠٩. وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة:

- الإنفاق على الصحة يأتي في المرتبة الثالثة من اهتمامات الأسر في مصر. بعد الطعام والشراب والسكن.
- توجد علاقة واضحة تعكس غياب العدالة في الإنفاق الصحي حيث أن شرائح الدخل الدنيا أقل من ٢٠٪ تنفق ٥١,٨ جنيه على الصحة بينما شريحة الدخل العليا ٨٠٪ إلى ١٠٠٪ تنفق ٤٨١,٨ جنيه على الصحة. فالفقراء لا يملكون نقودا للإنفاق على الصحة ومن ثم توجد عوائق اقتصادية تحد من حصولهم على الحق في الصحة.
- يصل الإنفاق على الأدوية والمنتجات الصيدلانية إلى ٥٥٪ من إجمالي الإنفاق الصحي وهو يرتفع بنسبة أكبر بين الفقراء.

وإذا كانت دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء قد انتهت إلى ضرورة امتداد مظلة التأمين الصحي لجميع السكان وزيادة الخدمات الصحية. فقد وضعت ضمن توصياتها "زيادة الإعلان عن الخدمات الصحية المقدمة في وحدات رعاية الأمومة

والوحدات الصحية" لأن غياب الشفافية ونقص المعلومات يحد من الحصول على الخدمات الصحية خاصة في المناطق الفقيرة والريف.

إذا أضفنا لذلك الاتجاه لإلغاء التأمين الصحي على الأطفال دون سن المدرسة. سنجد إننا أمام تعديل في هياكل الخدمة الصحية تحد من إتاحة الخدمة الصحية وتضع العوائق أمام الوصول للمرافق الصحية رغم الزيادة النقدية في الإنفاق الصحي.

٣ – سوق الدواء في مصر

يوجد في مصر ٦٠ شركة أدوية تبلغ قيمة إنتاجها السنوي ٩,٤ مليار جنيه، منها ٨ شركات قطاع عام تبلغ قيمة إنتاجها السنوي ١,٨ مليار جنيه، ٥٢ شركة قطاع خاص يبلغ إنتاجها السنوي ٧,٧ مليار جنيه.

تنتج مصر ١٨,٥٪ من الأدوية البشرية من خلال القطاع العام و ٨١,٥٪ من خلال القطاع الخاص. وبذلك تقلص دور القطاع العام لصالح القطاع الخاص تمشيا مع سياسات الخصخصة. أما إنتاج الأعشاب الطبية فيتم بالكامل من خلال شركات القطاع الخاص. كذلك تنتج مصر الضمادات الجراحية ويمثل إنتاج القطاع العام ٧٠,٤٪ من قيمة الإنتاج بينما يغطي القطاع الخاص ٢٩,٦٪. بذلك أصبح القطاع الخاص هو المتحكم الرئيسي في سوق الدواء في مصر.

وفي دراسة أعدها مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار عن الطاقات العاطلة في الصناعة المصرية.(٥٤) حيث اتضح من

الدراسة أن الطاقات العاطلة في صناعة الأدوية كانت ٢٤,٦٪ عام ١٩٩٨/١٩٩٧ وانخفضت إلى ١٣,٧٪ عام ٢٠٠٣/٢٠٠٢. بينما اتضح من خلال دراسة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء استمرار اتجاهات تخفيض الطاقات العاطلة في صناعة الدواء لتصل إلى ٩,٨٪ عام ٢٠٠٧/٢٠٠٦.[٥٥]

وقد أرجعت دراسة الجهاز المركزي جانب رئيس من الطاقات العاطلة في نصاعة الأدوية إلي أن الإنتاج يتم حسب حاجة السوق، كما يشكل نقص الخامات ٤,٥٪ من الطاقات العاطلة في شركات القطاع العام بينما لا تتجاوز هذه النسبة ٠,٧٪ في القطاع الخاص، كما تعاني شركات القطاع العام من وجود طاقات عاطلة بسبب نقص قطع الغيار.

المشكلة الثانية في صناعة الأدوية هي اعتمادها على ٣٧,٣٪ فقط علي الخامات المحلية و٦٢,٣٪ على الخامات المستوردة وهو ما يشكل خطر نتيجة تغيرات سعر الصرف من ناحية ومشاكل الاستيراد وقيود منظمة التجارة العالمية على حقوق الملكية الفكرية في صناعة الدواء. وقد أدى ذلك إلى قيام شركات القطاع العام بسحب بعض الأدوية الرخيصة من السوق، وقيام شركات القطاع الخاص والأجنبي بطرح نفس المنتجات بأسماء تجارية جديدة وبأسعار مرتفعة تضع قيود على الحق في الدواء ضمن مؤشرات قياس الحق في الصحة.

صدرت مصر أدوية عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧ قيمتها ٣٨٥ مليون جنيه، واستوردت أدوية قيمتها ٢,٥ مليار جنيه، وبذلك يعاني الميزان التجاري للدواء من عجز تصل قيمته إلى ٢,١ مليار جنيه وتتزايد.

الفصل الثالث

تقييم الشفافية في قطاع الدواء

يعاني قطاع الدواء مثل باقي مكونات الصحة في مصر من غياب الشفافية وهو ما يتمثل في:

التشريعات

- غياب الشفافية في القوانين والقرارات المنظمة لسوق الدواء في مصر.
- غياب وجود نظام واضح لتسعير الأدوية وصدور قرار لوزير الصحة بالتسعير على أساس السعر في ٣٠ دولة ثم التراجع. ولا يعرف المواطن المصري أسباب انخفاض أسعار بعض الأدوية وأسباب ارتفاعها.

الهياكل

- لا يوجد في مصر هيئة حكومية لسلامة الدواء والغذاء كما هو موجود في معظم الدول العالم. بحيث يسمح بتداول الأدوية ويقيس تأثيرها على المرضى قبل تداولها.
- غياب إستراتيجية واضحة لصناعة الدواء الذي أصبح يسيطر عليه القطاع الخاص والشركات الأجنبية التي تحتكر المكونات المستوردة التي تشكل ٦٢٪ من خامات الصناعة الدوائية.
- رغم سيطرة القطاع الخاص على تجارة الأدوية من خلال أكثر من ٢٦،٥ ألف صيدلية تابعة للقطاع الخاص، وان الأدوية تشكل ٥٥٪ من الإنفاق على الصحة من الجيب تتعدد

الشكاوى من الرضاء عن الخدمة. بينما يوجد ١٤٩ صيدلية تعاونية و٤١ صيدلية تابعة للشركة المصرية لتجارة الأدوية.

- رغم سيطرة الشركة المصرية لتجارة الأدوية علي السوق، إلا انه يتم تقليص نشاطها لصالح الوكالات الأجنبية وشركات الاستيراد. كما لا توجد حقائق معلنة لدي الجمهور حول مستقبل الشركة، وهل سيتم خصخصتها هي وباقي شركات الإنتاج أم لا؟

الرضاء

- يشكو المرضى في التأمين الصحي ومستشفيات وزارة الصحة من ضعف فاعلية الأدوية التي يحصلون عليها.
- تحدث أزمات في بعض الأدوية قد تودي بحياة بعض المرضى مثل أزمات الأنسولين في فترات سابقة وأزمات بعض أدوية القلب وضغط الدم والحقن اللازمة لحياة المرضى بعد عمليات القلب المفتوح.

الوصول

- عدم توافر المعلومات الكافية عن الأدوية وتفاعلها وتأثيراتها وآثارها الجانبية ومضاعفتها.
- عدم توافر المعلومات اللازمة عن سياسات التسعير.
- خضوع بعض المرضى لتجارب سريرية على أدوية جديدة دون علمهم أو موافقتهم كما حدث عن تجربة عقار الانترفيرون المصري على بعض مرضي فيروس الكبد (سي).

- يحول ارتفاع الأسعار لبعض الأدوية حصول المرضى على الدواء اللازم لهم.
- يعاني مرضي العلاج على نفقة الدولة من عدم حصولهم على كل الأدوية التي يحتاجونها مثل مرضى الفشل الكلوي وبما يعرض حياتهم للخطر.

٤ - المعلومات الصحية في مصر

تتعدد مصادر المعلومات الصحية في مصر ومنها :

٤ – ١ وزارة الصحة

بالدخول إلى الموقع الالكتروني لوزارة الصحة

http://www.mohp.gov.eg/default.aspx

سنتعرف على مدى ضآلة المعلومات المتاحة عن الخدمات الصحية.

١. التشريعات المنظمة للقطاع الصحي غير موجودة بالموقع.
٢. معايير الخدمة الصحية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمين الصحي، وكذلك مستشفيات القطاع الخاص.
٣. لا يوجد نظام لتلقي الشكاوى سواء من المرافق الحكومية أو الخاصة ولا ينشر معايير جودة تقديم الخدمات الصحية.
٤. لا يتم نشر بيانات حول حقيقة الأوبئة التي تجتاح البلاد سواء عند انتشار أنفلونزا الخنازير أو عند انتشار مرض الحمى القلاعية بين الحيوانات وانعكاساته على الصحة.

٥. عدم تضمين الأدلة الإحصائية للوزارة على موقعها أي بيانات عن مقدمي الخدمة من القطاع الخاص والقطاع الأهلي.

٦. محدودية أدلة الخدمات الجماهيرية الموجودة على الموقع ومدى تقديمها بالمجان أو بمقابل مادي.

٧. لا تنشر الوزارة تسعيرة الخدمات التي تقدمها في بعض القطاعات وتترك ذلك لكل إدارة طبية أو لإدارة كل مرفق صحي مع إطلاق يد المحليات في فرض رسوم على بعض الخدمات دون وجود نظام معلن لكيفية التصرف في تلك الرسوم.

٨. لا تنشر الوزارة الموازنة التفصيلية للصحة موزعة حسب القطاعات أو موزعة جغرافيا.

٩. محدودية استخدام الملصقات والبوسترات والمطويات الخاصة بالتوعية والوقاية أو بكيفية الحصول على الخدمة داخل المنشآت الصحية.

١٠. رغم وجود قناة تليفزيونية تابعة للوزارة، إلا إنها لا تلعب الدور المطلوب في توفير الشفافية بقدر إبراز المنجزات.

٤ – ٢ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

ينظم جمع الإحصاءات والبيانات الرسمية في مصر القانون رقم ٣٥ لسنة ١٩٦٠ بشأن الإحصاء والتعداد، الذي قضى بإنشاء هيئة فنية تجرى الإحصاءات والتعدادات التي تحتاجها الدولة ويصدر بتشكيل هذه الهيئة قرار من رئيس الجمهورية. إلا أن القانون اعتبر أن جميع الإحصاءات والبيانات التي ترصدها هذه

الهيئة سرية لا يجوز الاطلاع عليها أو الإفصاح عنها لأي فرد أو هيئة عامة أو خاصة عليها أو إبلاغه شيئا منها. كما لا يجوز استخدامها لغير الأغراض الإحصائية أو نشر ما يتعلق منها بالإفراد إلا بمقتضى إذن مكتوب من ذوي الشأن.[٥٦]

وقد عاقبت المادة الرابعة من هذا القانون بالحبس مدة لا تجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تزيد على مائة جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل من أخل بسرية البيانات الإحصائية.

تلك هي الفلسفة القانونية التي تم إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء على أساسها، حيث صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٢٩١٥ لسنة ١٩٦٤ بإنشاء وتنظيم الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. احتكر هذا القرار نشر أية بيانات أو إحصاءات لتلك التي ينشرها الجهاز حيث نص على أنه لا يجوز لأية وزارة أو هيئة أو جهة أو أي فرد أو أفراد في الحكومة أو القطاع العام أو القطاع الخاص أن ينشر بأي وسيلة من وسائل النشر أو الإعلام أي مطبوعات أو نتائج أو بيانات أو معلومات إحصائية إلا من واقع إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

كما جاء قرار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء رقم ٢٢ لسنة ١٩٦٨، بأنه لا يجوز لأية وزارة أو هيئة أو جهة أو أي فرد في الحكومة أو القطاع العام أو القطاع الخاص أن ينشر بأية وسيلة من وسائل النشر أو الإعلام أي مطبوعات أو نتائج أو بيانات أو معلومات إحصائية إلا من واقع إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

وبالتالي فان قرار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء رقم ٢٢ لسنة ١٩٦٨ بتطبيقه ذلك الحظر على المعلومات والبيانات التي تنشر في الصحف والمطبوعات، فانه قد تشدد في تقييد حرية تداول المعلومات، خاصة إذا ما وضعنا في الاعتبار أن وسائل الحصول على المعلومات وتوثيقها وتبادلها تجاوزت قدرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء و آليات عمله على الرغم من استمرار أهميته حتى الآن.

ينشر الجهاز بيانات الصحة بأكثر من طريقة منها :

- بيانات الكتاب الإحصائي السنوي ونشرة مصر في أرقام.
- النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية.
- الدراسات الإحصائية عن موضوعات صحية خاصة مثل التأمين الصحي والعلاج علي نفقة الدولة أو صناعة الأدوية.

يعاب على بيانات الجهاز ما يلي:

١. أنها تصدر متأخرة. فإحصاءات الخدمات الصحية ٢٠٠٨ تنشر في مارس ٢٠١٠.
٢. بيانات الكتاب الإحصائي السنوي ٢٠١٢ تحتوي بيانات ٢٠٠٨ وبذلك يوجد تأخير يصل إلى أربع سنوات.
٣. لا توجد معلومات عن الأمراض ومدى انتشارها ومعدلات الإصابة والاكتفاء ببيانات عدد الأسرة والأطباء.
٤. ينشر الجهاز بيانات إجمالية ولا ينشر بيانات تفصيلية على مستوى المراكز الإدارية والمدن والأحياء.
٥. بيانات الأدوية لا تنشر مجمعة مع بيانات الصحة فجزء منها ينشر ضمن الإنتاج الصناعي وجزء ينشر ضمن بيانات التجارة الخارجية.

٦. لا يتم نشر سلاسل زمنية طويلة (عشر سنوات فأكثر) حتى يمكن التعرف على التطور الحقيقي في الخدمة الصحية.
٧. بيانات أطباء وزارة الصحة تشمل العدد الإجمالي المسجل ولا تشمل بيان الأطباء المعارين والحاصلين على إجازات خاصة وغير موجودين بالعمل.
٨. بيانات الإنفاق الصحي توضع كإجماليات بدون تفاصيل لا على مستوى أبواب الموازنة العامة ولا على المستوي القطاعي (مستشفيات وزارة الصحة- التأمين الصحي- المعاهد التعليمية وهكذا..)، ولا تتوافر على المستوى الجغرافي فيما يخص الوزارة المركزية وما يخص المحافظات موزعة حسب أبواب الموازنة.
٩. لا توجد بيانات عن القطاع الخاص والقطاع الأهلي يمكن الاعتماد عليها.
١٠. لا تتضمن بيانات الجهاز وكذلك بيانات وزارة الصحة معلومات عن شركات التأمين الصحي الخاص وحجم تعاملاتها واستثماراتها وعدد المستفيدين من خدماتها.

٥- الشفافية وإتاحة معلومات الصحة

عندما بحث مركز العقد الاجتماعي "الإطار العام لمؤشرات الحكم الرشيد في قطاع الرعاية الصحية الأولية" حدد أربع شروط للشفافية في القطاع الصحي هي:

- مدى وجود شفافية في كل ما يتعلق بالقرارات (تفاصيلها، دوافعها، جهة اتخاذها).

- شرح وتفسير وسبل إتاحة كل من: خطط وموازنات وبيانات الرعاية الصحية الأولية ومؤشرات تقييم الأداء، المناقصات والعطاءات والمشتريات.
- الاستجابة لطلبات الحصول على المعلومات وتقديم مبررات عند الرفض.
- توعية المواطنين بدور ديوان ومديريات الوزارة وقراراتها الإدارية على مستوى المديريات، وعلى مستوى الإدارات والوحدات الصحية.

وضمن إطار مؤتمر "الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة" والذي نظمته مكتبة الإسكندرية عام ٢٠٠٧. فقد جاء ضمن مناقشة الفساد في القطاع الصحي "إن أتساع نطاق الشراكة أو التعامل بين الحكومة ومؤسساتها الصحية والقطاع الخاص الذي يقدم التجهيزات والأدوات الطبية والأدوية والمستهلكات الطبية بجانب أعمال المقاولات للمنشآت الصحية والتي تشمل موازنات تقدر قيمتها بملايين الجنيهات تساعد هي الأخرى على تهيئة مجال واسع للتلاعب والفساد إذا لم يتم التعامل معها وتنظيمها من خلال إجراءات شفافة وخاضعة للرقابة".

لذلك يشكل غياب الشفافية في القطاع الصحي أحد القيود الهامة على الحق في الصحة ومراقبة تنفيذه.

التوصيات

أولا:- الحكومة

- الإسراع بإصدار قانون الإفصاح وتداول المعلومات لتعزيز الشفافية بعد حوار مجتمعى جاد حول نصوصه.
- إصدار مجموعة من القوانين لاستكمال منظومة التشريعات التي تكافح الفساد (تضارب المصالح، قوانين الإفصاح،.. الخ).
- النص فى الدستور المصري الجديد على حق المواطنين في الحصول على المعلومات وواجب الدولة في إتاحة المعلومات مع وضع ضوابط استخدام هذا الحق والمعايير التى يمكن أن تحدد على أساسها الاستثناءات التى ترد على ممارسة هذا الحق حفاظا على مصالح الدولة.
- إصدار تشريعات تنص بعقوبات مشددة على كل من يساهم في نشر الإشاعات وتضليل المواطن، على أن تكون هناك آلية لإخبار المواطن بذلك الخطأ وتصحيح المعلومة.
- قيام وزارة الصحة وهيئاتها المختلفة ببرامج توعية مكثفة للمواطنين بحقوقهم الصحية، ولا يكفى تضمين حقوق المواطنين وواجباتهم فى مجال الصحة والدواء فى القوانين والقرارات لأن هذه القوانين والقرارات غالبا لا تكون متاحة لغالبية المواطنين للإطلاع عليها.

كما أنه لكي تتضاءل فرص ظهور الفساد فى قطاع الصحة يجب مراعاة الآتي:

١. يجب ان تقوم الحكومة المصرية والجهات الصحية بإصدار معلومات يتم تحديثها بصفة دورية ونشرها على شبكة الانترنت، وتشمل ميزانيات الخدمات الصحية والاداء على المستويين المحلي والوطني وعلى مستوى مراكز الخدمات الصحية.

٢. الاهتمام بالنظم الخاصة بالشراء، والقواعد التى تحكم الممارسات فى القطاع الصحى، سواء بالنسبة للمؤسسات أو الأفراد، كذلك الاجراءت الخاصة بالشفافية والمتابعة.

٣. تقع على الحكومة والجهات المسئولة عن الخدمات الصحية مسئولية ضمان إتاحة المعلومات الخاصة بالمناقصات، بما فى ذلك عروض المناقصات وشروطها وعملية التقييم والقرارات النهائية على شبكة الإنترنت.

٤. يجب أن تقوم الحكومة بتطبيق أنظمة قومية فعالة للإبلاغ عن التأثيرات العكسية للأدوية، من أجل إلزام الأطباء وتشجيعهم على الإبلاغ عن تلك المعلومات.

٥. اتاحة عرض السياسات العامة والممارسات وبنود الاتفاق للفحص والتدقيق من قبل المجتمع والسلطة التشريعية.

٦. يجب أن توفر الحكومة المصرية الحماية للمبلغين عن ممارسات الفساد من الأفراد الذين يعملون فى الجهات الخاصة بالشراء للهيئة الصحية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية وموردي الأدوية والاجهزة.

ثانيا:- القطاع العام

- إعادة هيكلة المؤسسات التي تتعلق بإعطاء المعلومة للمواطن بحيث يتم القضاء على الروتينية، العائق الأساسي لمعرفة المواطن حقوقه وواجباته.
- وضع اجراءات داخلية بسيطة تسهل على المواطن الحصول على المعلومة.
- التنسيق مع أجهزة انتاج العملومات المختلفة في القطاع العام للتوصل إلى معلومات دقيقة وموحدة.
- نشر كل المعلومات المتاحة لدى الأجهزة المعلوماتية على الموقع الاكتروني الخاص بها.

- الغاء أية قيود إدارية على حرية تداول المعلومات لأسباب ترجع لمفاهيم مثل الأمن القومي، والدفاع عن الوطن ومصالحه العليا، والسرية، والنظام العام يجب أن يتبعها تعريف واضح ومحدد لهذا المفاهيم حتى لا تتخذ ذريعة لوضع قيود غير مبررة على تداول المعلومات.
- التعامل مع توفير المعلومات على أنها حق أصيل للمواطن.

ثالثا:- القطاع الخاص

- الالتزام بالمعايير العالمية في ضمان الشفافية.
- تكوين مصدر معلومات مواز لنظيره الحكومي في حالة تقاعس الدولة عن أن تصبح مصدر المعلومات الأساسي.

رابعا:- المجتمع المدني

- مساعدة الحكومة في التوصل إلى نصوص قانونية تحقق المعايير العالمية في الشفافية وحرية تداول المعلومات من خلال: إصدار تقارير تحث على الشفافية، كتابة أوراق توصيات لتحديد الخطوات الواجب على الحكومة اتخاذها مقارنة بالدول الأخرى.
- عمل أبحاث دورية عن آثار القوانين والاجراءات التي اتخذتها الحكومة وتحديد ما إذا كانت بحاجة إلى تطوير.
- حملات توعية موسعة على أهمية المعلومة وحق المواطن في الحصول على المعلومات حتى يتم القضاء على ثقافة الإخفاء تدريجيا.
- دعم المبادرات الشعبية والشبابية التي تسعى إلى العمل في مجال الشفافية، وتعريف باقي المبادرات التي تعمل في مجال مكافحة الفساد بشكل مباشر أو غير مباشر بأهمية حرية تداول المعلومات لهم.

- العمل على التحول لشريك فعلي عبر توفير المعلومات من جانبه، والعمل مع العناصر الإصلاحية في مؤسسات الدولة على تفعيل القوانين الخاصة بإتاحة المعلومات.
- خامسا:- الإعلام
- تكثيف حملات التوعية على وسائل الاعلام المختلفة لضمان معرفة المواطن بحقوقه على مستوى واسع ووصوله لمحدودي الدخل قدر الإمكان.
- مراعاة المهنية والتحقق من المعلومات التي تنشر للمواطنين.
- رصد حالات إخفاء المعلومات وإعلام المواطن بها.
- استخدام التقنيات الحديثة للقيام بهذه المهام مثل مواقع التواصل الاجتماعي، والمواقع الصحفية. مستخدمين في ذلك وسائل مبتكرة مثل الأفلام و الكاريكاتير.. الخ وبالتعاون مع الشباب الذي يشكل محموعات عمل في هذا المجال.

ملاحق

الجداول الإحصائية

جدول رقم (١)

تطور عدد الوحدات الصحية بأسرة موزعة بين القطاعين العام والخاص ١٩٩٣/ ٢٠٠٨

السنوات	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	الإجمالي	أهمية القطاع الخاص للإجمالي
١٩٩٣	١,١٠٩	٥٨١	١,٦٩٠	%٣٤.٤
١٩٩٤	١,١٢٢	٦٠٣	١,٧٢٥	%٣٥.٠
١٩٩٥	١,١٤٩	٦٣٧	١,٧٨٦	%٣٥.٧
١٩٩٦	١,١٥٥	٧٥٢	١,٩٠٧	%٣٩.٤
١٩٩٧	١,١٧٥	٧٨٧	١,٩٦٢	%٤٠.١
١٩٩٨	١,١٩٨	٩٤٧	٢,١٤٥	%٤٤.١
١٩٩٩	١,٢٢٢	٩٩٦	٢,٢١٨	%٤٤.٩
٢٠٠٠	١,٢٤٣	١,٠٧٦	٢,٣١٩	%٤٦.٤
٢٠٠١	١,٢٧٦	١,١٤٤	٢,٤٢٠	%٤٧.٣
٢٠٠٢	١,٢٩٧	١,٢٠٢	٢,٤٩٩	%٤٨.١
٢٠٠٣	١,٣١٤	١,٣٠٧	٢,٦٢١	%٤٩.٩
٢٠٠٤	١,٣٣٢	١,٣٣٣	٢,٦٦٥	%٥٠.٠
٢٠٠٥	١,٣٥٤	١,٣٢٩	٢,٦٨٣	%٤٩.٥
٢٠٠٦	١,٣٧٣	١,٣١٢	٢,٦٨٥	%٤٨.٩
٢٠٠٧	١,٣٧٣	١,٣٢٩	٢,٧٠٢	%٤٩.٢
٢٠٠٨	٦٣٧	١,٣٠٥	١,٩٤٢	%٦٧.٢
متوسط معدل النمو السنوي	%٣.٦-	%٥.٥	%٠.٩	

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ـ مصر في ارقام ـ ٢٠١٠.

جدول رقم (٢)

تطور عدد أسرة الوحدات الصحية موزعة بين القطاعين العام والخاص ١٩٩٣/ ٢٠٠٨

السنوات	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	الإجمالي	أهمية القطاع الخاص للإجمالي
١٩٩٣	١٠١,٠٧٥	١١,٦١٣	١١٢,٦٨٨	%١٠.٣
١٩٩٤	١٠٢,٠٠٨	١٢,٢٣٨	١١٤,٢٤٦	%١٠.٧
١٩٩٥	١٠٦,٤٢٠	١٢,٦٩٧	١١٩,١١٧	%١٠.٧
١٩٩٦	١٠٨,٧٨٣	١٤,٥٤٥	١٢٣,٣٢٨	%١١.٨
١٩٩٧	١١٠,١٠٢	١٥,٢٥٩	١٢٥,٣٦١	%١٢.٢
١٩٩٨	١١١,٣٦١	١٨,٧٤٦	١٣٠,١٠٧	%١٤.٤
١٩٩٩	١١٥,٢٠٤	١٩,٧٣٥	١٣٤,٩٣٩	%١٤.٦
٢٠٠٠	١١٨,٤٩٣	٢١,٦٥٥	١٤٠,١٤٨	%١٥.٥
٢٠٠١	١٢٠,٤٥٦	٢٢,٦٤٧	١٤٣,١٠٣	%١٥.٨
٢٠٠٢	١٢١,٠٢٥	٢٣,٤٩٤	١٤٤,٥١٩	%١٦.٣
٢٠٠٣	١٢٢,٢٢٥	٢٥,٦١٤	١٤٧,٨٣٩	%١٧.٣
٢٠٠٤	١٢٦,٥٨٧	٢٥,٨٤٥	١٥٢,٤٣٢	%١٧.٠
٢٠٠٥	١٢٥,٩٤٩	٢٦,٢٢٣	١٥٢,١٧٢	%١٧.٢
٢٠٠٦	١٢٦,٣١٨	٢٦,٠٥٥	١٥٢,٣٧٣	%١٧.١
٢٠٠٧	١٢٦,٧٥٧	٢٦,٢٣٩	١٥٢,٩٩٦	%١٧.٢
٢٠٠٨	١١٠,٠٠٥	٢٦,٨١٤	١٣٦,٨١٩	%١٩.٦
متوسط معدل النمو السنوي	%٠.٦	%٥.٧	%١.٣	

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ـ مصر في ارقام ـ ٢٠١٠.

جدول رقم (٣)

الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة موزعة حسب التخصص عام ٢٠٠٨

البيان	عدد المستشفيات	الأهمية النسبية لإجمالي وزارة الصحة	عدد الأسرة	الأهمية النسبية لإجمالي وزارة الصحة
المستشفيات العامة والمركزية	٢٤٨	٪٥٥	٣٤,٣٥٤	٪٥٥
مستشفيات تابعة لديوان عام الوزارة	٢٨	٪٦	٤,٨٤٢	٪٨
مراكز أورام	٧	٪٢	٥٠٥	٪١
مستشفيات جراحات اليوم الواحد	١٤	٪٣	٨٢٧	٪١
مستشفيات ولادة الأطفال	١١	٪٢	٧٢٨	٪١
مستشفيات نفسية	١٧	٪٤	٦,٦٧٦	٪١١
مستشفيات صدرية	٣٢	٪٧	٥,٧٧٥	٪٩
مستوصفات صدر بأسرة	٤	٪١	١٣٨	٪٠
مستشفيات جدلية	١	٪٠	٦٠	٪٠
مستشفيات رمد	٣٠	٪٧	١,٥٣٠	٪٢
مستشفيات متوطنة	٨	٪٢	٨٣	٪٠
مستشفيات حميات	٤٢	٪٩	٥,٩٧٦	٪٩
مستشفيات جذام	٢	٪٠	١,٤٠٠	٪٢
معزل حجر صحي	٤	٪١	٧٩	٪٠
مستشفي الكلي والمسالك البولية	١	٪٠	٣٣	٪٠
الإجمالي	٤٤٩	٪١٠٠	٦٣,٠٠٦	٪١٠٠

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي ٢٠١١ – جدول رقم (١٢- ٢)

جدول رقم (٤)

عدد الأسرة بأجر والأسرة المجانية
في مستشفيات القطاع الحكومي ٢٠٠٨

البيان	بأجر	الأهمية النسبية	بدون أجر	الأهمية النسبية	جملة	الأهمية النسبية
حضر	٢٧,٣٩٧	%٩٣	٦٨,٦١٧	%٨٦	٩٦,٠١٥	%٨٨
ريف	٢,٠٤٠	%٧	١٠,٩١٣	%١٤	١٢,٩٥٣	%١٢
الإجمالي	٢٩,٤٣٧	%١٠٠	٧٩,٥٣٠	%١٠٠	١٠٨,٩٦٨	%١٠٠
الأهمية النسبية	%٢٧		%٧٣		%١٠٠	

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية - عام ٢٠٠٨ - إصدار مارس ٢٠١٠ جدول رقم ٦ صفحة ٥١.

جدول رقم (٥)

تطور الإنفاق على الصحة في مصر إلى إجمالي الإنفاق الحكومي

١٩٩١ / ٢٠١٢

القيمة بالمليون جنيه

السنوات	الانفاق الحكومي	الانفاق علي الصحة	الأهمية النسبية للانفاق علي الصحة لإجمالي الانفاق الحكومي
١٩٩١	٣٨,٥٤٦	٨٩٧	%٢.٣
١٩٩٢	٤٤,٣٢٧	٩١٠	%٢.١
١٩٩٣	٤٧,٨٥٢	١,٠٠٦	%٢.١
١٩٩٤	٥٣,١٥٣	١,٠٥٢	%٢.٠
١٩٩٥	٥٤,٥٩٣	١,٢٢٨	%٢.٢
١٩٩٦	٥٩,٧٠٢	١,٥٨٨	%٢.٧
١٩٩٧	٦٢,٧٦١	١,٨٠٢	%٢.٩
١٩٩٨/١٩٩٧	٨٣,٥٢١	٢,١١٠	%٢.٥
١٩٩٩/١٩٩٨	٩١,٥٢٧	٢,٤٤٥	%٢.٧
٢٠٠٠/١٩٩٩	١٠٠,٣٠٣	٢,٩٢٢	%٢.٩
٢٠٠١/٢٠٠٠	١١٢,٦١٤	٣,٧١٠	%٣.٣
٢٠٠٢/٢٠٠١	١٢٦,٨٥٣	٤,٣٣٠	%٣.٤
٢٠٠٣/٢٠٠٢	١٤٣,٠١٤	٥,٣٩٠	%٣.٨
٢٠٠٤/٢٠٠٣	١٥٩,٦٠٢	٥,٥٦٠	%٣.٥
٢٠٠٥/٢٠٠٤	١٧٧,٤٢٧	٦,٠٨٧	%٣.٤
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٢٠٧,٨١١	٩,٦٦٥	%٤.٧
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٢٢٢,٠٢٩	١٠,٤٣٤	%٤.٧
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٢٤٤,٠٦١	١١,٨٥٠	%٤.٩
٢٠٠٩/٢٠٠٨	٣٤٠,٩١٢	١٢,١١٩	%٣.٦
٢٠١٠/٢٠٠٩	٣٥٤,٣٣٧	١٤,٩٤٤	%٤.٢
٢٠١١/٢٠١٠	٤١٣,١٦٨	٢٠,٣٣٤	%٤.٩
٢١١٢/٢٠١١	٥١٧,٨٨٧	٢٤,٣١٨	%٤.٧

المصدر:
من عام ١٩٩١ إلي ١٩٩٧ من الدكتور سمير فياض ـ الصحة في مصر
من عام ١٩٩٧/١٩٩٨ إلي عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ من الكتاب الاحصائي السنوي ٢٠٠٥
من عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ إلي عام ٢٠١١/٢٠١٢من موقع وزارة المالية علي الانترنت

جدول رقم (٦)

تطور الإنفاق على الصحة في مصر
إلى الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق
١٩٩١ / ٢٠١٢
القيمة بالمليون جنيه

السنوات	الناتج المحلي الاجمالي بسعر السوق	الانفاق علي الصحة **	الأهمية النسبية للانفاق علي الصحة إلي الناتج المحلي الاجمالي
١٩٩١	١٣٣,١٩٧	٢,٢٤٣	%١.٧
١٩٩٢	١٣٩,١٠٢	٢,٢٧٥	%١.٦
١٩٩٣	١٤٣,١١٠	٢,٥١٥	%١.٨
١٩٩٤	١٤٨,٧٦٠	٢,٦٣٠	%١.٨
١٩٩٥	١٥٥,٧٠٠	٣,٠٧٠	%٢.٠
١٩٩٦	١٦٣,٥٠٠	٣,٩٧٠	%٢.٤
١٩٩٧	١٧٢,٤٨٠	٤,٥٠٥	%٢.٦
١٩٩٨/١٩٩٧	١٨٠,٣٢٦	٥,٢٧٤	%٢.٩
١٩٩٩/١٩٩٨	١٩١,٦٥٩	٦,١١٣	%٣.٢
٢٠٠٠/١٩٩٩	٢٠١,٤٥٠	٧,٣٠٥	%٣.٦
٢٠٠١/٢٠٠٠	٢٠٨,٥٠١	٩,٢٧٤	%٤.٤
٢٠٠٢/٢٠٠١	٢١٥,١٧٣	١٠,٨٢٦	%٥.٠
٢٠٠٣/٢٠٠٢	٢٢٢,٠٥٩	١٣,٤٧٤	%٦.١
٢٠٠٤/٢٠٠٣	٢٢٩,٦٩٠	١٣,٩٠١	%٦.١
٢٠٠٥/٢٠٠٤	٢٣٧,٥٠٣	١٥,٢١٩	%٦.٤
٢٠٠٦/٢٠٠٥	٦١٧,٧٠٠	٢٤,١٦٢	%٣.٩
٢٠٠٧/٢٠٠٦	٧٣١,٢٠٠	٢٦,٠٨٤	%٣.٦
٢٠٠٨/٢٠٠٧	٨٧٠,٠٠٠	٢٩,٦٢٥	%٣.٤
٢٠٠٩/٢٠٠٨	١,٠٠٨,٠٠٠	٣٠,٢٩٨	%٣.٠
٢٠١٠/٢٠٠٩	١,١٨١,٠٠٠	٣٧,٣٦١	%٣.٢
*٢٠١١/٢٠١٠	١,٣٠٢,٦٠٠	٥٠,٨٣٥	%٣.٩
*٢١١٢/٢٠١١	١,٤٤٢,٩٤٠	٦٠,٧٩٥	%٤.٢

المصدر : ١ ـ البيانات من ١٩٩١ وحتي ٢٠٠٣ من الدكتور إبراهيم العيسوي

ـ الاقتصاد المصري في ثلاثين عاماً ـ صفحة ٧٢٧..

٢ ـ البيانات من ٢٠٠٤ وحتي ٢٠١٠ من بيانات وزارتي المالية والتنمية الاقتصادية.

* تنبؤ علي أساس استمرار نفس اتجاه النمو السائد منذ عام ٢٠٠٥

** علي أساس أن الانفاق الحكومي ٤٠% والانفاق من الجيب ٦٠%

جدول رقم (٧)

الإنتاج الفعلي لصناعة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية والكيماويات الدوائية عام ٢٠٠٦/٢٠٠٧

القيمة بالألف جنيه

الأصناف المنتجة	قطاع عام / أعمال عام		قطاع خاص		الجملة	
	القيمة	٪	القيمة	٪	القيمة	٪
الأدوية البشرية والكيماويات الدوائية	١,٦٦٤,٥٢١	١٨,٥	٧,٣٢٠,١٨٣	٨١,٥	٨,٩٨٤,٧٠٤	١٠٠
الأعشاب الطبية	-	-	٨٧,١٨٤	١٠٠	٨٧,١٨٤	١٠٠
الضمادات الجراحية	٥٦,٧٥٨	٧٠,٤	٢٣,٨٤٧	٢٩,٦	٨٠,٦٠٥	١٠٠
الإجمالي	١,٧٢١,٢٧٩	٨٨,٩	٧,٤٣١,٢١٤	٢١,١	٩,١٥٢,٤٩٣	١٠٠

مراجع الدراسة

(١) حرية تداول المعلومات دراسة قانونية مقارنة، مركز حرية الفكر والتعبير، صـ١٧

(٢) ماجد عثمان، حرية تداول المعلومات ضرورة لتحديث الدولة المصرية (نحو دستور مصري جديد) منتدى البدائل العربي للدراسات، ٢٠١٢، ص٤

(٣) المرجع السابق

(٤) دراسة بعنوان: الصحة في مصر.. حق مهدد بالضياع، منظمة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان، على الرابط التالي :

http://www.maatpeace.org/node/691

(٥) الموقع الرسمي للمنظمة الشفافية الدولية على الرابط التالي:

http://www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption/2/

(٦) منظمة الشفافية الدولية، تقرير بعنوان: تحدي الحكم الرشيد: مصر،لبنان، المغرب، وفلسطين، صـ١٧

(٧) مؤسسة حرية الفكر والتعبير، أزمات إنتاج وإتاحة وتداول المعلومات في مصر "الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء نموذجا" صـ ٣٥

(٨) مستند الأمم المتحدة رقم ٣٢/ ١٩٩٥/ ٤. E/CN، الفقرة ٣٥.

(٩) محمد العجاتي، الشفافية والمرحلة الانتقالية في مصر (إشكاليات وتحديات)، كتاب بعنوان الشفافية، المعايير الدولية والحالة المصرية بالتعاون مع جلوبل بارتنرز، صـ ٥٢

(١٠) عماد مبارك، حرية تداول المعلومات والحماية الدستورية المنقوصة (نحو دستور مصري جديد) منتدى البدائل العربي للدراسات، ٢٠١١، ص ١٨.

١١ محمد العجاتي، مرجع سابق، ص ٥٢.

(١٢) ذاته، ص ٥٤.

(١٣) نقلا عن صحافة جامعة أوكسفورد، مقال بعنوان: اللجنة العالمية المعنية بالبيئة والتنمية (1987) مستقبلنا المشترك، الموقع الرسمي للبوابة العربية لتعليم والتدريب التقني والمهني على الرابط التالي.

http://www.tvet-portal.net/forum/showthread.php?22

(14) http://www.un.org/ar/documents/udhr

(١٥) الشفافية، المعايير الدولية و الحالة المصرية، جلوبال بارتنرز ز منتدى البدائل العربى للدراسات، ٢٠١٢ ص ١٨

(16)http://www.unodc.org/documents/treaties/UNCAC/Publications/Convention/08-50024_A.pdf

(١٧) الشفافية، المعايير الدولية و الحالة المصرية، جلوبال بارتنرز منتدى البدائل العربى للدراسات، ٢٠١٢ ص ١٣
(١٨) المرجع السابق ص ١٥
(١٩) حرية تداول المعلومات دراسة قانونية مقارنة ـ مؤسسة حرية الفكر و التعبير ـ الطبعة الأولى ـ ٢٠١١.
(٢٠) المرجع السابق ص ٢٨
(٢١) المرجع السابق ص ٣٠
(٢٢) المرجع السابق ص ٣١
(٢٣) الجريدة الرسمية عدد ٤٢- ١٨ فبراير ١٩٦٠
(٢٤) الجريدة الرسمية عدد ٢٢٩ — ٧ أكتوبر ١٩٦٤
(٢٥) الجريدة الرسمية عدد ٥ مكرر (أ) — ٤ فبراير ٢٠٠٣
(٢٦) حكم محكمة القضاء الإدارى بالقاهرة الصادر بجلسة يوم الثلاثاء الموافق ٢٢ / ٦ / ٢٠١٠ في الدعوي رقم ١٢٦٢٢ لسنة ٦٣ قضائية.
(27)http://www.shorouknews.com/news/view.aspx?id=bd4f911a-0558-440d-b9ab-835e79a4e5a8
(٢٨) جريدة المصرى اليوم — ٩ مايو ٢٠١٢
(٢٩) دستور جمهورية مصر العربية- المطابع الأميرية - ٢٠٠٨
(٣٠) الجريدة الرسمية- العدد ٣٠ — أول أغسطس ١٩٩٦
(٣١) الصحة في مصر، حق مهدد بالضياع- ورقة عمل مقدمة في إطار مشروع صوت المواطن- مركز ماعت للدراسات الحقوقية والدستورية
(٣٢) الجريدة الرسمية- عدد ٣٥- ٢٨ أغسطس ١٩٧٥
(٣٣) الصحة في مصر، حق مهدد بالضياع- ورقة عمل مقدمة في إطار مشروع صوت المواطن- مركز ماعت للدراسات الحقوقية و الدستورية
(34) http://digital.ahram.org.eg/Community.aspx?Serial=900871
(٣٥) الجريدة الرسمية العدد ٣٠- ٢٤ يوليو ١٩٧٥
(٣٦) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٦٩٩ لسنة ١٩٨٧
(٣٧) الصحة في مصر، حق مهدد بالضياع- ورقة عمل مقدمة في إطار مشروع صوت المواطن- مركز ماعت للدراسات الحقوقية والدستورية
(٣٨) المرجع السابق
(٣٩) الوقائع المصرية ـ العدد ١٤٤ في ٢٣ يونيو ٢٠١٠

٤٠ الشفافية في الصحة- ورقة بحثية مقدمة من د. محمد سيد أبو السعود

(٤١) الوقائع الرسمية ـ العدد ٢٠ ـ ١٠ مارس ١٩٥٥

(٤٢) الوقائع المصرية ـ عدد ١٠٥ـ ١٢ مايو ١٩٧٤

(٤٣) الجريدة الرسمية ـ العدد ١٦٨ـ ٢٥ يوليو ١٩٦٢

(٤٤) الشفافية في الصحة ـ ورقة بحثية مقدمة من د. محمد سيد أبو السعود

(٤٥) المرجع السابق

(٤٦) المرجع السابق

(٤٧) المرجع السابق

(٤٨) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي – كتاب مصر في أرقام – سنوات مختلفة.

(٤٩) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي – ٢٠١١ – جدول رقم (١٢- ٢).

(٥٠) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار – الأوضاع الصحية للأطفال في مصر هل تغيرت؟ - العدد ٢٠ – أغسطس ٢٠٠٨.

(٥١) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – الكتاب الإحصائي السنوي – ٢٠١١ – جدول رقم (١٢- ٨).

(٥٢) المبادرة المصرية للحقوق الشخصية – العلاج على نفقة الدولة: نشأته وما آل إليه – ديسمبر ٢٠١٠ – صفحة ١٧- ٢١.

(٥٣) المبادرة المصرية للحقوق الشخصية حول "إشكاليات الإنفاق الصحي في مصر" – إبريل ٢٠٠٩ – صفحة ١٨.

(٥٤) مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار – الإدارة العامة للتحليل الاقتصادي – الطاقات العاطلة في الصناعة المصرية – الأستاذ الدكتور محمود عبد الفضيل وإيناس زكريا – ديسمبر ٢٠٠٥ – صفحة ٣٧.

(٥٥) موقع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – دراسة صناعة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية والكيماويات الدوائية لعام (٢٠٠٧) قطاع خاص (٢٠٠٦/٢٠٠٧) قطاع عام/أعمال عام.
http://www.msrintranet.capmas.gov.eg/pls/educ/ind_medic?lang=1&lname=fei

(٥٦) مؤسسة حرية الفكر والتعبير – برنامج الحق في المعرفة – حرية تداول المعلومات – دراسة قانونية مقارنة – الطبعة الأولى – ٢٠١١ – صفحة ٦٦- ٦٨.